



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS

DILÉA LUCAS DE CARVALHO

**A ATUAÇÃO DAS (OS) ASSISTENTES SOCIAIS NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL TIPO I (CAPSs) EM SERGIPE**

São Cristóvão – SE
2019

DILÉA LUCAS DE CARVALHO

**A ATUAÇÃO DAS (OS) ASSISTENTES SOCIAIS NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL TIPO I (CAPSs) EM SERGIPE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria da Conceição Almeida Vasconcelos

Linha de pesquisa: Trabalho, Formação Profissional e Serviço Social

**São Cristóvão/SE
2019**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

C331a Carvalho, Diléa Lucas de
A atuação das(os) assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial tipo I (CAPSs) em Sergipe / Diléa Lucas de Carvalho ; orientadora Maria da Conceição Almeida Vasconcelos. – São Cristóvão, SE, 2019.
158 f. : il.

Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe, 2019.

1. Serviço social - Sergipe. 2. Saúde mental. 3. Assistentes sociais - Sergipe. 4. Abordagem interdisciplinar do conhecimento. 5. Centros de reabilitação. I. Vasconcelos, Maria da Conceição Almeida, orient. II. Título.

CDU 364-47(813.7)

DILÉA LUCAS DE CARVALHO

**A ATUAÇÃO DAS (OS) ASSISTENTES SOCIAIS NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL TIPO I (CAPSS) EM SERGIPE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PROSS) da Universidade Federal de Sergipe em 29 de agosto de 2019.

BANCA DE DEFESA

Prof.^a Dr.^a Maria da Conceição Almeida Vasconcelos (Orientadora)
Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. Welligton Barros da Silva (Examinador externo)
Universidade Federal de Sergipe

Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos (Examinadora interna)
Universidade Federal de Sergipe

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Machado Aranha (Examinadora interna - Suplente)
Universidade Federal de Sergipe

A Deus, ser soberano,
Ao meu avô Miguel (*in memoriam*), amante do conhecimento,
a meus pais, Anália e Dilson, pela graça da ascendência,
à minha irmã Débora, fraterna surpresa da vida,
aos CAPSs, por todas as ressignificações...!

RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral analisar a atuação das (os) assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial tipo I (CAPSs) em Sergipe. Para tanto, buscou-se identificar as atividades desenvolvidas pelos (as) assistentes sociais nos CAPSs; verificar, na atuação interdisciplinar, como ocorre o trabalho do (a) assistente social; compreender como os (as) profissionais do Serviço Social orientam seu trabalho para as dimensões de Campo e Núcleo e identificar os principais desafios e dificuldades enfrentadas pelos (as) assistentes sociais nos CAPSs. Trata-se de um estudo exploratório, de caráter qualitativo e que se referencia no método materialista histórico-dialético. Tem como universo de pesquisa os CAPSs do tipo I do estado de Sergipe, ou seja, 42 serviços habilitados. Destes, foi retirada uma amostra de 07 equipamentos localizados nas regiões de Itabaiana (04) e Nossa Senhora da Glória (03), abrangendo 07 municípios. Foram entrevistados um total de 05 assistentes sociais, tendo-se como instrumento a entrevista do tipo semiestruturada. Como resultados, percebeu-se que houve aumento na implantação dos CAPSs em Sergipe a partir de 2005, o que permitiu a maior inserção de assistentes sociais na área da saúde mental. As entrevistadas são todas do sexo feminino, com graduações nas principais instituições de formação do Estado, possuem, em média, 20 anos de formação e mais de um vínculo empregatício. No que diz respeito à atuação profissional, constatou-se que as atividades das assistentes sociais referendam as demandas históricas da profissão, que se ampliam mediante as exigências do modelo da saúde mental, com orientação profissional mais voltada para as ações de Núcleo, que incorporam a linguagem do modo psicossocial, como a consideração do vínculo e das afetividades presentes nas atividades, enunciando aproximação com a perspectiva de Campo e ações interdisciplinares, apesar de se constatar que há a predominância com as ações multidisciplinares. Tem-se como desafios desde as dificuldades materiais, a própria abordagem interdisciplinar, bem como o perfil dos usuários e a sua relação com a sociedade. Com este estudo, percebeu-se os tantos caminhos possíveis nas análises realizadas, compreendendo que esta pesquisa é somente um recorte possível da amostra apresentada, sem perder de vista o saldo da realidade que salta aos olhos do conjunto de atores que pensam a profissão do Serviço Social na saúde mental.

Palavras-chave: Serviço Social; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Reabilitação Psicossocial; Interdisciplinaridade.

ABSTRACT

This study aims to analyze the performance of social workers in Psychosocial Care Centers type I (CAPSs) in Sergipe. To this end, we sought to identify the activities developed by the social workers in the CAPSs; verify, in interdisciplinary work, how the work of the social worker occurs; understand how Social Work professionals orient their work to the Field and Core dimensions and identify the key challenges and difficulties faced by social workers in CAPSs. This is an exploratory study, of qualitative character and that is referenced in the historical-dialectical materialist method. It has as research universe the CAPSs type I of the state of Sergipe, that is, 42 services enabled. From these was taken a sample of 07 equipment located in the regions of Itabaiana (04) and Nossa Senhora da Glória (03), covering 07 municipalities. A total of 05 social workers were interviewed, using the semi-structured interview as an instrument. As a result, it was noticed that there was an increase in the implementation of CAPSs in Sergipe from 2005, which allowed the greater insertion of social workers in the area of mental health. The interviewees are all female, with degrees in the main training institutions of the state, have, on average, 20 years of training and more than one employment relationship. With regard to professional performance, it was found that the activities of social workers endorse the historical demands of the profession, which are expanded by the demands of the mental health model, with professional orientation more focused on the actions of the Center, which incorporate the language of the psychosocial mode, such as the consideration of the bond and the affectivity present in the activities, enunciating approximation with the field perspective and interdisciplinary actions, although it is found that there is a predominance with multidisciplinary actions. Challenges arise from material difficulties, the interdisciplinary approach itself, as well as the profile of users and their relationship with society. With this study, we realized the many possible paths in the analyzes performed, understanding that this research is only a possible clipping of the sample presented, without losing sight of the balance of reality that jumps to the eyes of the set of actors who think the profession of the Service. Social in mental health.

Keywords: Social Work; Psychosocial Care Center (CAPS); Psychosocial Rehabilitation; Interdisciplinarity.

AGRADECIMENTOS

“[...] É que eu sou tal qual a vara/Bamba de bambu-taquara/Eu envergo, mas não quebro [...]”
(LENINE)

À resiliência biopsicossocial espiritual e cultural que existe em nós!

Ao autor e consumidor da minha fé pelos dias acrescentados em meio a tantos obstáculos me mantendo crente que esse dia chegaria, obrigada Deus!

A minha família, passados alguns anos de graduação retornei à UFS. Obrigada à minha mãe Anália e meu pai Dilson pela compreensão nas ausências em meio “aos temperos e destemperos” dessa vida. A minha mana Débora pelo desafio cumprido de reviver a UFS e vê-la também desfrutando desse momento numa universidade pública, obrigada Deus mais uma vez, é simplesmente sublime essa experiência! Vida longa à UFS!

Aos meus avós (*in memoriam*), a estes o meu pensamento forte na crença que estariam felizes por ver cada etapa sendo concretizada. A minha avó Lúcia, que se foi pouco antes de adentrar à universidade em 2007. À minha avó Maria Conceição que me viu adentrar a universidade, mas mesmo sem saber se chegaria a ver minha conclusão, vibrava com minhas conquistas. À minha bisavó Maria das Dores, com seus 103 anos deixou a lembrança da força da mulher sertaneja como exemplo. E a meu avô Miguel Arcanjo, ao qual não pude contar os trunfos dessa conquista por sua perda às vésperas de dias da conclusão deste mestrado e sobre quem busquei nesse percurso acadêmico o exemplo de vida dedicado a Deus e ao conhecimento.

À minha amiga Rutinha (Deu tempo até de nascer Leônidas, um presente em meio ao mestrado). Ao “quarteto fantástico”: a Edilma, pela receptividade no sertão alagoano, ali deu “brio” nessa fase final da pesquisa, obrigada, amiga, por tudo!. À Regiane, pelo apoio acadêmico nos bate-papos mais fervorosos desde a graduação e os dias de intensa “sororidade” nessa caminhada; e à Letícia, pelas trocas de momentos fraternos e engraçados. À Anne e Adriana pela compreensão na ausência de sempre em meio às rotinas de trabalho regadas a tantos desafios que é o “atuar em CAPS”, valeu a pena meninas “Superpoderosas”!. Aos amigos (às) do CRESS, em especial ao amigo Ton, pela generosidade de sempre, e a toda diretoria pelos sábios momentos de descontração que me fizeram romper com as rotinas de estudos e compromissos acumulados. Aos conselheiros de Saúde, pelas lições em defesa do SUS e dos CAPSs na sua “SUStentação” diária. Aos amigos (as) que o mestrado deu: Dani que me fez reconhecer os “ares” que a Chapada Diamantina tem sob novo olhar. A Anne, Jéssica, Edson, Rosa, Fran, Mayara, Jane, Flávia e Emmanuelle pelo suporte nas aulas e do decorrer da pesquisa, sem vocês não dava, né, “tinha que ser com vocês”!. E a todos (as) que no caminho encontrei como amigos (as) nessa jornada curta, mas intensa.

Ao psicólogo mais inquieto, Alan Santana, que esteve dividindo o espaço profissional comigo desde o início, em que fomentamos muitas questões filosóficas, sem as quais a nossa

vivência no CAPS não teria a mesma medida positiva, obrigada por crer também que um dia eu me enxergaria nesse lugar.

Ao PROSS, através das professoras, pelas quais as aulas me oportunizaram mais uma partilha de conhecimento no decurso profissional e me estimularam a voltar a casa. À minha orientadora, Profa. Conceição Almeida, que por vezes fez o papel de porta-voz do tempo, (risos), meu obrigada por toda a compreensão de meu cenário de vida nesse mestrado e, novamente, contribuir com minha formação! Ao grande Walter pelo modo sempre motivador com que nos recebeu nestes meses de PROSS.

À minha banca examinadora pelas contribuições neste estudo e, também na vida, todos retomaram minhas memórias de momentos de graduação e residência multiprofissional.

Ao CAPS “Braz Fernandes Fontes” em particular aos usuários e colegas de trabalho, foram muitos: “Peço a compreensão a vocês”, grata ao CAPS pela força que também engendra a mim!.

Às entrevistadas colegas de profissão, às assistentes sociais: Meu obrigada! Na certeza de que posso ter sido breve em minhas palavras, mas me faço em coro junto a vocês na defesa de nossa profissão.

“Quem sabe o que está buscando e onde quer chegar, encontra os caminhos certos e o leito de caminhar” (THIAGO DE MELLO).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 01: QUADRO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO SUS POR LOCAL DE RESIDÊNCIA/ANO.....	49
Tabela 02: REGISTRO DE AÇÕES AMBULATORIAIS DE SAÚDE (RAAS).....	60
Tabela 03: BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL CONSOLIDADO (BPA-C).....	66

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental
CAP (s) – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPSS– Centro de Atenção Psicossocial
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CF/88 – Constituição Federal de 1988
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental
CJM - Colônia Juliano Moreira
CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONEP - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito
CPPII - Centro Psiquiátrico Pedro II
CRAS - Conselho Regional de Assistentes Sociais
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social
CTs – Comunidades Terapêuticas
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde no Brasil
DISAM - Divisão de Saúde Mental
EAD – Ensino à Distância
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECA – Estatuto da Criança e Adolescente
ESF - Estratégia da família
EUA - Estados Unidos da América
FBH - Federação Brasileira de Hospitais
FUNESA – Fundação Estadual de Saúde
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LBA - Legião Brasileira de Assistência
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS - Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NOBs - Normas Operacionais Básicas de Assistência à Saúde
OAB - Ordem dos Advogados do Brasil
OMS – Organização Mundial de Saúde
PRP – Projeto de Reforma Psiquiátrica
PRS – Projeto de Reforma Sanitária
PSF - Programa Saúde da Família
PT- do Partido dos Trabalhadores
PTI - Projeto Terapêutico Institucional
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RP – Reforma Psiquiátrica
RS – Reforma Sanitária
RUE - Rede de Urgência e Emergência
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SPA's - Substâncias Psicoativas

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
1. QUESTÃO SOCIAL, POLITICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL.....	21
1.1. QUESTÃO SOCIAL E A POLÍTICA SOCIAL.....	22
1.1.2. A Política de Saúde e a Reforma Psiquiátrica.....	26
1.2. REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	33
1.2.1. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).....	44
1.3. SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL.....	54
2. O SERVIÇO SOCIAL NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: TRABALHO INTERDISCIPLINAR E A QUESTÃO DE CAMPO E NÚCLEO.....	58
2.1. A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	70
2.2. A QUESTÃO DE CAMPO E NÚCLEO.....	76
2.3. O TRABALHO INTERDISCIPLINAR	78
3. A ATUAÇÃO DAS (OS) ASSISTENTES SOCIAIS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO ESTADO DE SERGIPE.....	90
3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CAPSs EM SERGIPE.....	91
3.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS CAPSs.....	102
3.3. O TRABALHO INTERDISCIPLINAR, AS DIMENSÕES DE CAMPO E NÚCLEO E A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS CAPSs.....	114
3.4. DESAFIOS E DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS (AS) ASSISTENTES SOCIAIS NOS CAPSs.....	126
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	138
REFERÊNCIAS.....	143
ANEXOS	153
APÊNDICES	155
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS ASSISTENTES SOCIAIS	156
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	157

INTRODUÇÃO

A princípio, na atuação das (os) assistentes sociais na saúde, de forma geral, é elementar à categoria destrinchar ações que giram em torno da “questão social”, o que torna a profissão capaz de encontrar as diversas expressões desta em qualquer política social, inclusive nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), no qual se somam vários determinantes singulares ao cotidiano desses equipamentos.

Na saúde mental, a transversalidade do trabalho profissional de vários atores existe por conta da convergência das necessidades de usuários egressos dos antigos hospitais psiquiátricos que se expressaram nas mais variadas carências objetivas e subjetivas. São pessoas que sofreram a institucionalização e que estavam sujeitas ao contínuo de desumanização cotidiana nos manicômios brasileiros. Nestes casos, a rotina da privação da liberdade produziu inúmeras violações aos direitos humanos, ou seja, a redução das pessoas asiladas a objetos e vários efeitos iatrogênicos (AMARANTE, 1995).

Não por acaso, a produção de divisas conceituais na Saúde Coletiva, na perspectiva da saúde mental e também enquanto espaço sócio-ocupacional do Serviço Social tem ganhado força desde a Reforma Psiquiátrica com o modo Psicossocial vigente, com o trabalho interdisciplinar e a discussão das categorias Campo e Núcleo. Estas categorias conformam as bases filosóficas na saúde pública expressa no Sistema Único de Saúde (SUS) e, consequentemente, com a Lei 10.2016/01 (BRASIL, 2001) no modelo substitutivo ao asilar, a saber, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs).

Embora tal espaço sócio-ocupacional esteja cristalizado no bojo da saúde mental, segundo Lima (2015, p.15) ainda se tem uma baixa produção no campo do Serviço Social. Em um estado da arte de Moya (2010) realizado a partir das publicações da Revista Serviço Social & Sociedade em 30 anos, verificou-se que das 1063 publicações somente 08 estavam voltadas ao tema da Saúde Mental.

Em Sergipe, as produções acerca do tema no âmbito do Programa Pós-graduação em Serviço Social também são escassas, respondendo nestes anos de programa por duas dissertações na área da saúde mental localizadas na Biblioteca da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Uma referente à temática, “Serviço Social, projeto ético-político e participação dos usuários nos Centros de Atenção Psicossocial de Aracaju/SE” (GAMA, 2015); e outra que trata das “Relações de trabalho e de gênero na percepção dos profissionais que atuam no CAPS AD no município de Aracaju” (SANTOS, 2017). Ambas trazem importantes contribuições para a área, no entanto tangenciam recortes e discussões distintas dos objetivos desta pesquisa quanto à atuação de assistentes sociais nos CAPSs e o trabalho

interdisciplinar.

No que toca ao estudo em questão, o cotidiano do trabalhador (a) na saúde mental perpassa por decisões e intervenções técnicas e ético-políticas que são divididas com outros profissionais de formações diversificadas e desafiam o “fazer” profissional da (o) assistente social. Interessa-nos saber, portanto: como (a/os) assistentes sociais têm atuado nos CAPS? Existe um trabalho interdisciplinar? Se positivo, como ocorre a inserção do assistente social? Como os profissionais de Serviço Social orientam o seu fazer no universo das dimensões de Núcleo e Campo? Quais os desafios e dificuldades encontradas pelo (as) assistentes sociais nos CAPSs?

Essas questões são resultantes de indagações presentes no exercício profissional da pesquisadora, que desde 2013 atua em um CAPS do tipo I, localizado no município de Boquim, no sul sergipano, sendo a primeira assistente social do serviço, ainda em implantação na época. A equipe, da qual faço parte, espalhou debates e discussões teóricas e técnico-operativas que nortearam a construção do processo de trabalho do serviço. Estes diálogos, que se deram numa perspectiva dialógica, trouxeram também indagações sobre a pertinência e importância do Serviço Social em relação ao projeto da Reforma Psiquiátrica e sua contribuição enquanto profissão nos CAPSs. Tal profissão articulando saberes das Ciências Sociais em ambientes que se pretendem desconstruir o ranço curativo e centrado da doença é também território onde se dão as nuances profissionais e o equacionamento do trabalho também na saúde mental. Assim, este estudo teve como objetivo geral analisar como vem ocorrendo a atuação das (os) assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) em Sergipe. Para tanto, de forma específica, o propósito foi identificar as atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais nos CAPSs; verificar no trabalho interdisciplinar como ocorre a atuação do assistente social nos CAPSs; compreender como os profissionais de Serviço Social orientam seu trabalho para as dimensões de Campo e Núcleo e verificar os principais desafios e, pelos (as) assistentes sociais nos CAPSs.

Não obstante, esta pesquisa, longe de se propor a definir elementos do trabalho destes profissionais, contribui com algumas aproximações sucessivas sobre o fazer profissional das(os) assistentes sociais nos CAPSs I de Sergipe, com recortes regionais, a fim de conhecer como este profissional concebe e exercita suas atividades, a interdisciplinaridade e suas dimensões de Campo e Núcleo, contribuindo para sistematização dessas experiências no estado, tendo em vista o processo de ampliação da Rede Psicossocial em Sergipe, diante das ações realizadas de governo federal anterior e abertura de novos serviços, a exemplo do CAPS do município de Cedro de São João, aberto em 2017 (SERGIPE, 2017a).

Para tanto, e objetivando dar exequibilidade a esta pesquisa foi necessário percorrer algumas etapas metodológicas. Inicialmente, convém pontuar que se trata de um estudo exploratório, que, conforme Gil (1991) tem como preocupação proporcionar maior familiarização com o problema com vistas a torná-lo explícito ou construir hipóteses, e que geralmente envolve sujeitos que costumam ter experiências práticas com o problema pesquisado.

Ademais, tem caráter qualitativo, que, de acordo com Minayo (2001 apud MARSIGLIA, 2009, p.388), contribui “[...] para captar o ‘significado e a intencionalidade’ inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”. Trata-se de um estudo de caso, pois segundo Ventura (2007, p.04), os casos são

[...] úteis também na exploração de novos processos ou comportamentos, novas descobertas, porque têm a importante função de gerar hipóteses e construir teorias. Ou ainda, pelo fato de explorar casos atípicos ou extremos [...] também é evidenciada em pesquisas comparativas, quando é essencial compreender os comportamentos e as concepções das pessoas em diferentes localidades ou organizações.

Foram utilizadas as pesquisas bibliográfica, documental e empírica. A primeira, realizada por meio da leitura de artigos, livros, relatórios, teses, dissertações, com elaboração de resenhas e fichamentos para a melhor apreensão e articulação das ideias. Já a pesquisa de campo foi feita junto aos profissionais de Serviço Social lotados nos CAPSs I pesquisados, e dispensou o registro no Comitê de Ética (CEP) e Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme a Resolução nº 510/2016 em seu inciso “[...] VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito [...]”.

O estudo fundamentou-se no método histórico-dialético entendendo que este analisa o objeto numa contextualização sócio-histórica, estabelecendo uma relação com as determinações do real que incidem sobre ele. Neste sentido, buscou-se “reproduzir no plano do pensamento a realidade analisada, isto é, através das categorias ontológicas, chegam-se as categorias reflexivas” (VAZQUEZ, 1990, p.12). Dessa forma, a postura investigativa considera as categorias que conecta ao método marxiano: totalidade, contradição e mediação. (MARCUSE, 1969; LUKÁCS, 1970-79; BARATA-MOURA, 1977 apud NETTO, 2011, p.56).

O universo desta pesquisa compreendeu todos os CAPSs do tipo I do estado de Sergipe, localizados nos seguintes municípios: Aracaju, Barra dos Coqueiros, São Cristóvão, Itaporanga D'Ajuda, Laranjeiras, Nossa Senhora do Socorro, Maruim, Nossa Senhora das Dores, Lagarto, Riachão do Dantas, Salgado, Tobias Barreto, Poço Verde, Simão Dias,

Estância, Itabaianinha, Umbaúba, Boquim, Cristinápolis, Itabaiana, Carira, Campo do Brito, São Domingos, Nossa Senhora da Glória, Canindé do São Francisco, Porto da Folha, Aquidabã, Japoatã, Neópolis, Pacatuba e Propriá (SERGIPE, 2014), comportando 42 serviços habilitados (Tabela - anexo 01), em sete regiões¹. (SERGIPE, 2017b). Destes, foi retirada uma amostra de 07 serviços localizados na região de saúde IV de Itabaiana (Campo do Brito, Carira, Itabaiana e São Domingos) e região VI de Nossa Senhora da Glória (Canindé de São Francisco, Nossa Senhora da Glória e Porto da Folha), no total de 07 municípios que possuem serviços habilitados, conforme dados do DATASUS (BRASIL, 2019). Cabe elencar, que a pesquisa contemplou 02 regiões mais distantes dos pólos de concentração da maioria das pesquisas, a exemplo das realizadas em Sergipe e que se concentraram em Aracaju (GAMA, 2015) e na região metropolitana (SANTOS, 2017), recuperando a possibilidade de identificação dos limites e potencialidades destas localidades, mais afastadas dos pólos de pesquisas mais acessados.

Ressalta-se que a amostra inicial de sete CAPSs, deu-se num contexto de mudanças conjunturais na cena política, econômica e social no Brasil, principalmente na saúde mental, e não por acaso sofreu rebatimentos no estado de Sergipe, o que impediu a completude da coleta de dados nos sete serviços. Ao final, foram contactados cinco CAPSs, ou seja, cinco profissionais participaram da pesquisa, sendo que um dos serviços não possuía assistente social na equipe mínima exigida para o seu funcionamento e no outro houve dificuldade de contato pessoal com a profissional de Serviço Social, em função da disponibilidade de tempo desta.

Como instrumento para coleta de dados, utilizou-se a entrevista do tipo semiestruturada realizada com cinco assistentes sociais. Convém ressaltar que não houve necessidade de se utilizar critérios para a escolha dos entrevistados, uma vez que só existia um profissional por CAPS. Segundo Goldenberg (2004, p.88, grifos do autor), o tipo de

¹ I Região de saúde de Aracaju: Aracaju, Barra dos Coqueiros, Divina Pastora, Itaporanga D'ajuda, Laranjeiras, Riachuelo, Santa Rosa de Lima e São Cristóvão; II Região de saúde de Estância: Arauá, Boquim, Cristinápolis, Estância, Indiaroba, Itabaianinha, Pedrinhas, Santa Luzia do Itanh, Tomar do Geru e Umbaúba; III Região de saúde de Lagarto: Lagarto, Poço Verde, Riachão do Dantas, Salgado, Simão Dias e Tobias Barreto; IV Região de saúde de Itabaiana: Areia Branca, Campo do Brito, Carira, Frei Paulo, Itabaiana, /Macambira, Malhador, Moita Bonita, Pedra Mole, Pinhão, Ribeirópolis, São Domingos, São Miguel do Aleixo e Nossa Senhora Aparecida; V Região de saúde de Nossa Senhora do Socorro: Capela, Carmópolis, Cumbe, General Maynard, Japarutuba, Maruim, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora do Socorro, Pirambu, Rosário do Catete, Santo Amaro das Brotas e Siriri; VI Região de saúde de Nossa Senhora da Glória: Canindé do São Francisco, Feira Nova, Gararu, Gracho Cardoso, Itabi, Monte Alegre de Sergipe, Nossa Senhora da Glória, Poço Redondo e Porto da Folha; VII Região de saúde de Propriá: Amparo de São Francisco, Aquidabã, Brejo Grande, Canhoba, Cedro de São João, Ilha das Flores, Japoatã, Malhada dos Bois, Neópolis, Pacatuba, Propriá, Santana do São Francisco, São Francisco, Telha, Nossa Senhora de Lourdes e Muribeca.

entrevista escolhida apresenta condições apropriadas para a pesquisa e algumas vantagens como:

1. Pode coletar informações de pessoas que não sabem escrever;
2. As pessoas têm maior paciência e motivação para falar do que para escrever;
3. Maior flexibilidade para garantir a resposta desejada;
4. Pode-se observar o que diz o entrevistado e como diz, verificando as possíveis contradições;
5. Instrumento mais adequado para a revelação de informação sobre assuntos complexos, como as emoções;
6. Permite uma maior profundidade;
7. Estabelece uma relação de confiança e amizade entre pesquisador-pesquisado, o que propicia o surgimento de outros dados.

Cabe salientar ainda que as entrevistas seguiram o rumo metodológico previsto e as etapas necessárias para sua consecução e foram realizadas nos CAPSs, locais de trabalho dos assistentes sociais, o que permitiu o enriquecimento da pesquisa, uma vez que foi possível observar rotinas, procedimentos, localização geográfica dos serviços, entre outros.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de abril e junho de 2019, com visitas previamente agendadas, conforme disponibilidade das participantes da pesquisa e, ocorreram em sua maioria, no turno matutino, somente uma delas no vespertino, alternando-se, por vezes, a ida às regiões de saúde pesquisadas.

A duração das entrevistas não ultrapassou o tempo previsto de sessenta minutos, durando, em média, cerca de oito a trinta e nove minutos, entre a mais curta e a mais demorada. Todas foram gravadas e transcritas. Foi garantido o anonimato dos profissionais e dos serviços, identificados por numeração, conforme a ordem de realização das entrevistas.

Quanto ao enfoque institucional, a pesquisadora entrou em contato, por telefone ou pessoalmente, com as coordenações dos serviços para autorização da pesquisa, e, após aceite, manteve contato com os profissionais dos CAPSs para explicar os objetivos da pesquisa e solicitar a colaboração destes. Para aqueles que concordaram em participar do estudo foi assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). A fidelidade aos preceitos éticos garantiu o respeito aos direitos dos participantes de desistirem da pesquisa a qualquer momento.

O tratamento dos dados foi realizado a partir dos depoimentos à luz da Análise de Conteúdo que segundo Franco (2003, p. 4), “[...] tem como recurso principal a mensagem da comunicação - seja ela verbal, gestual, silenciosa, figurativa ou documental – que expressa um significado e um sentido que deverá ser interpretado, considerando-se as condições textuais, sob uma concepção crítica e dinâmica da linguagem com seus componentes cognitivos, afetivos, valorativos e ideológicos que dão significado ao objeto [...]”.

Destacamos que a análise foi construída a partir de algumas categorias que se tornam vitais para o entendimento do objeto em sua totalidade, quais sejam: Saúde Mental, Serviço

Social, Campo e Núcleo, trabalho interdisciplinar e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Para Minayo (2002, p. 70), “[...] a palavra *categoria*, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si [...]”. As categorias são empregadas para se estabelecer as classificações.

Este estudo conta com três capítulos, além da introdução, considerações finais, referências, anexos e apêndices. No capítulo intitulado “Questão social, Política de Saúde e Serviço Social” é feita uma discussão sobre a importância da “questão social” para constituição das Políticas Sociais e seus desdobramentos para a profissão do Serviço Social, principalmente na seara da política de saúde, com a Reforma Psiquiátrica e o surgimento dos CAPSs. Este capítulo informa ao leitor a importância dessa discussão para justificar a dimensão nuclear da profissão, voltada para intervenção nas expressões da “questão social”, cuja linha de atuação permite a interferência nas condições objetivas de existência, base de sustentação da profissão.

No segundo capítulo, com o título “Reabilitação Psicossocial (Campo e Núcleo) e o trabalho interdisciplinar”, busca-se discorrer sobre o processo de trabalho montado na concepção ampliada de saúde mental que considera o sujeito na concepção biopsicossocial, o que implica o trabalho interdisciplinar nos CAPSs e que envolve a (o) assistente social no cotidiano dos serviços, na efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, através de ações pautadas nas dimensões de Campo e Núcleo.

No terceiro capítulo, enunciado como “A atuação das (os) assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial do estado de Sergipe”, tem-se os resultados da análise dos dados coletados nesta pesquisa. Nele é discutida a atuação dos (as) profissionais do Serviço Social nos CAPSs a partir de alguns eixos de análises: caracterização dos CAPS em Sergipe; as atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais nos CAPSs; o trabalho interdisciplinar, as dimensões de campo e núcleo e a atuação dos assistentes sociais nos CAPS; e, os desafios e dificuldades enfrentadas pelos (as) assistentes sociais nos CAPSs.

Nas considerações finais, busca-se fazer uma síntese da temática aqui abordada e dos principais resultados observados a partir da pesquisa, creditando a necessidade de demais pesquisas que possam adensar o estudo em questão, bem como contribuir para o avanço científico na produção do Serviço Social na saúde mental e nos serviços territorializados dos CAPSs.

CAPÍTULO 1 - QUESTÃO SOCIAL, POLITICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

Este capítulo discute sobre a “questão social” e a política social, como lastros importantes para compreender a política de saúde, e, nesse contexto, a reforma psiquiátrica e o surgimento dos CAPSs. Traz elementos sobre o Serviço Social na saúde mental e seus caminhos na vigência da reforma psiquiátrica.

1.1. QUESTÃO SOCIAL E A POLÍTICA SOCIAL

É salutar se debruçar sobre a constituição da política de saúde brasileira nesta pesquisa, considerando o surgimento da “questão social” como demandante de respostas estatais mediante as contradições oriundas da relação capital-trabalho e a inserção dos (as) assistentes sociais nesta política como um dos profissionais que nela intervém, mais precisamente na política de saúde mental.

Não obstante a teia da sociedade capitalista, a política social se desenvolve como uma via necessária do Estado para manter as classes subalternas sob controle, mediante o reconhecimento da existência da “questão social”, fruto também da organização política dos trabalhadores. Assim, a “questão social” está intimamente ligada à sociedade capitalista, cujos desdobramentos se deram no desenvolvimento de conformações ao modo de produção vigente, a exemplo das políticas sociais, para manejo das sequelas causadas pelas contradições capitalistas. Apesar de ser um termo recente, surgiu para dar conta dos efeitos da industrialização em fins do século XVIII diante do fenômeno do pauperismo absoluto, isto é, da pobreza que se generalizava e crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas, nos termos marxianos, com a intensificação da produção da mais-valia.

Considerar na discussão da “questão social” o marco da Revolução de 1848 e a reação burguesa, após a conquista ideológica e política, é verificar que esse momento histórico rendeu o despertar da passagem de classe trabalhadora da condição em si a “classe para si”, o que nas palavras de Netto (2001) deu corpo empírico à expressão “questão social” ao qual ele denomina como uma “tergiversação conservadora”, pois a propriedade privada dos meios de produção, continuando a existir, demanda até hoje um trato da “questão social” sem tocar no seu fundamento.

No entanto, é preciso lembrar que o ano de 1848 trouxe à tona a impossibilidade de qualquer colaboração de classes e afirmou como alternativa a aversão completa da ordem burguesa. Embora a exploração não seja o fator distintivo do capitalismo e sim as contradições e antagonismos que poderiam já ser equacionadas, sem a supressão das condições de produção da riqueza social a “questão social” segue erguida sob o comando do

capital, isto é, o capitalismo não consegue através de reformas eliminar as expressões da “questão social”.

Significa por isso, afirmar que o capitalismo é a condição necessária para o seu surgimento, visto que a relação capital *versus* trabalho é inerente à sociedade burguesa. Iamamoto (2001, p. 16-17) assim a define:

[...] a questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos.

Outrossim, mesmo as experiências mais recentes, numa outra etapa capitalista em países do Estado de Bem-Estar-Social, ou também do chamado *Welfare State*, momento triunfante do capitalismo que congregava taxas de lucro e crescimento econômico, estas não representaram uma transformação nas condições desiguais encontradas na sociedade e, passado o contexto histórico, corroboraram para que as desigualdades seguissem em frente. Os seus desdobramentos e nexos estão justamente presentes nas relações sociais que são coisificadas e obscurecem a essência causal, também no capitalismo contemporâneo. De um lado, o capitalista que detém o capital para investimentos, maquinaria, instalações e entre outros e, de outro, o trabalhador contando somente com sua força de trabalho e subjugando-se a um contrato com uma jornada determinada, ou seja, nas palavras do próprio Marx o trabalhador “realiza o seu valor de troca e aliena seu valor de uso”.

Dessa maneira, o trabalho não pago que é apropriado pelo capitalista, razão inerente ao capitalismo, resulta na acumulação de riqueza, dividendo ao qual é reivindicado na luta de classes, sob forma de resistência e acaba se constituindo a força motriz do capitalismo, mesmo que ainda nos “anos gloriosos” da década de 1970 se tenham registros do alcance de altas taxas de desenvolvimento econômico. Nesse sentido, é importante salientar que o reconhecimento da “questão social” não vem aleatoriamente e sim em decorrência de forças que embatem e representam riscos à ordem burguesa.

As expressões da “questão social” têm adquirido múltiplas facetas em tempo de reestruturação produtiva, momento em que surgem novas demandas e pedem políticas sociais mais próximas das necessidades da população, incluindo o aprimoramento da política de saúde. Dessa equação, do rol das riquezas socialmente produzidas, se processam as mais variadas expressões contraditórias em meio à formação da riqueza que não é socializada entre aqueles que a produzem, cujos resíduos de mão-de-obra ociosa aumentam na medida em que a reestruturação produtiva se implanta, dispensando o trabalhador dos postos de trabalho e

provocando uma série de privações coletivas quanto aos direitos básicos, ou mínimos sociais, agudizando as relações sociais em torno da luta pela sobrevivência.

Portanto, na “questão social” se assenta o foco de ação principal pelo qual o Serviço Social se desenvolveu (e se desenvolve), ou seja, ela é objeto sobre o qual a profissão atua. Desta forma, deve ser compreendida a fundo pelos (as) assistentes sociais, sem perder de vista sua condição necessária para a sociedade capitalista.

Na implementação das políticas sociais, solo de conformação capitalista mediante lutas e conquistas da classe trabalhadora, isto é, saída capitalista para um sistema excludente diante do conjunto de desigualdades produzidas pela sua existência, o Serviço Social se destaca nessa reprodução ampliada através da intervenção nas contradições, atuando nas expressões da “questão social”, como estratégia do Estado para conter as revoltas da população pauperizada.

Nesse contexto, interessa destacar que no Brasil dos anos 1930 a questão social passa a ser compreendida pelo Estado como uma questão política, cujo enfrentamento necessitava de profissionais que pudessem contribuir com ações que amenizassem possíveis conflitos. Entre eles estão os assistentes sociais que são chamados para atuar nas políticas sociais, cujo fazer estava direcionado para reforçar o binômio “coerção e do consenso” (IAMAMOTO, 1992:42 apud MONTAÑO, 2009, p.32), desempenhando seu papel na relação entre as classes sociais e intermediação nessa correlação de forças.

Assim, o Serviço Social brasileiro surge numa etapa madura do capitalismo monopolista, cujas crises cíclicas do capital permitiram após a Depressão de 1929, a intervenção do Estado que vendo exposta a agenda de lutas imersa na esfera econômica, institucionalizou-a incorporando respostas pontuais mediadas por assistentes sociais na “execução terminal” (NETTO, 1992) dessas políticas sociais. Nesse sentido,

O Assistente Social, por meio da prestação de serviços sócio-assistenciais nas organizações pública-privadas interferem nas relações sociais cotidianas no atendimento às mais variadas expressões da “questão social” vividas pelos indivíduos sociais no trabalho, na família, na luta pela moradia, e pela terra, na saúde, na assistência pública etc. (IAMAMOTO & CARVALHO, 2007, p.176).

Porém, o exercício profissional do assistente social frente à “questão social”, não é tarefa fácil, visto que ele se depara com uma série de especificidades e mediações no cotidiano profissional requerendo um amplo conhecimento teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político, cujos pilares fundamentam a profissão.

Conforme aponta Yazbek (2001, p. 38-39) “[...] difícil é a passagem de nossa compreensão teórico-metodológica totalizante e ontológica da vida social, das relações

sociais, da ‘questão social’ para compreensão desse homem (comum, subalterno, marginalizado) com que nos deparamos na vida de todo dia nas mais diversas situações”.

Neste contexto de caracterização breve da constituição da “questão social” e considerando ser o assistente social ator importante que trabalha com as políticas sociais, e para efeitos da análise aqui adotada a política de saúde como um dos principais espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais é preciso compreender o papel da política social enquanto uma das principais mediações engendradas na sociedade capitalista.

As Políticas Sociais são estratégias utilizadas pelo Estado como forma de enfrentamento das diversas expressões da questão social e se materializam em medidas de proteção social que envolvem legislações, programas, projetos entre outros. Os sistemas de proteção social têm início ainda no fim do século XIX, com destaque para países como Alemanha e Inglaterra, de forma que esse período marcou não só a criação, mas também a multiplicação das políticas sociais (BEHRING, 2009).

Com a crise capitalista de 1929, o ideário liberal movido pela lógica de que a “mão livre do mercado”, como cunhou Adam Smith, controlava a economia, entrou em desmonte. Era necessário então que o Estado passasse a intervir profundamente na economia, investindo amplamente em Políticas Sociais para garantir a demanda efetiva e contornar a crise.

É neste sentido que surge o Pacto Keynesiano, que segundo Behring (2009, p. 19-20, grifos da autora), decorre de dois principais motivos:

O primeiro foi o crescimento do movimento operário, que passou a ocupar espaços políticos importantes, obrigando a burguesia a “entregar *os anéis para não perder os dedos*”, diga-se, a reconhecer direitos de cidadania política e social cada vez mais amplos para esses segmentos. [...] O segundo e não menos significativo processo foi a concentração e monopolização do capital, demolindo a utopia liberal do indivíduo empreendedor orientado por sentimentos morais.

O período Keynesiano marcou o cenário político-econômico do *Welfare State*, dando ênfase à generalização das políticas sociais, principalmente no pós Segunda Guerra Mundial, período em que as taxas de emprego cresceram significativamente, marcando, em alguns países, uma época de pleno emprego, além do reconhecimento dos direitos sociais² como um direito de cidadania. Além disso, o capitalismo vivenciava o período dos “30 Anos Gloriosos”, ou “Anos Dourados”, com um aumento exponencial de suas taxas de crescimento.

² Segundo Marshall (1967 apud BEHRING, 2009, p. 22, grifos da autora), “o conceito sobre cidadania, em sua fase madura, comporta: as liberdades individuais, expressas pelos *direitos civis* – direito de ir e vir, de imprensa, de fé, de propriedade [...]; os *direitos políticos* – de votar e ser votado, diga-se, participar do poder político [...]; e os *direitos sociais*, caracterizados como o acesso mínimo de bem-estar, econômico e de segurança, com vistas a levar a vida de um ser civilizado.

O Estado de Bem-Estar Social começa a ser abalado a partir da crise capitalista da década de 1970, donde o (res) surgimento do (neo) liberalismo responsabilizou os gastos sociais, inclusive com a política de saúde, como motivo da crise. Nesse sentido, vai ocorrendo um afastamento do papel do Estado de intervenção nas refrações da “questão social” com reflexos na diminuição do sistema de proteção social construído ao longo de décadas e mediante muita luta dos trabalhadores.

Nessa conjuntura, o Brasil “tardamente” vai ter seu sistema de proteção, e principalmente no âmbito da saúde, montado numa etapa capitalista que permitiu incorporar o velho com o novo, sem vivenciar um sistema de proteção pleno ao modo do “Welfare State”, sofreu os rebatimentos da “questão social” que evidenciou ainda no século passado uma forma singular de intervenção do Estado nas refrações da “questão social” via repressão/concessão e amalgamou um sistema de proteção tríade, a nossa chamada seguridade social mais a frente já na década de 1980.

1.1.2. A Política de Saúde e a Reforma Psiquiátrica

Pontuada a retrospectiva anterior, para além dos marcos brasileiros, importa resgatar, ainda que breve, a contextualização da política de saúde no Brasil, bem como a seguridade social na qual se incluem a saúde, a previdência e a assistência social, consideradas como produto histórico das lutas dos trabalhadores na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato (MOTA, 2009).

No cenário brasileiro, o capitalismo tardio, “desigual e combinado” (MANDEL, 1982, p.58) fez com que o Estado reconhecesse a “questão social” apenas em meados de 1930, e criasse as primeiras ações voltadas para a população pauperizada, porém, sem caráter de direito, mas sob uma base assistencialista e focalizada, como é o caso das ações caritativas desenvolvidas pela Igreja Católica e pela Legião Brasileira de Assistência (LBA). Tais ações de cunho filantrópico, como as Casas de Misericórdia, os Leprosários, etc., se davam sob a forma de campanhas focalizadas, que embora restritas a determinados setores sociais, já se configuravam enquanto a seara da saúde pública (BRAVO, 2009).

Anteriormente, na década de 1920, o Estado a partir da Reforma Carlos Chagas traçou as primeiras tentativas para delinear a saúde pública, ações marcadas pelo episódio da Revolta da Vacina. Essas ações eram realizadas de maneira arbitrária, sem a proposta de democratização de informações à população, sendo realizadas, muitas vezes, com o uso da

violência. Na mesma década, em 1923, com a Lei Elói Chaves foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), financiadas com recursos dos trabalhadores, do empresariado e da União. A partir delas, os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho tinham acesso a uma série de benefícios, inclusive assistência médica-curativa. Posteriormente, as CAP's foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que, gradualmente, formariam o esqueleto da Previdência Social. O adoecimento da classe trabalhadora atingia diretamente a produção capitalista, portanto, fazia-se necessário uma “atenção” à saúde dos trabalhadores, com vistas à própria manutenção burguesa.

Em resumo, apesar do investimento na saúde nesse momento, os serviços de saúde para quem contribuía eram significativamente melhores, mais qualificados e a maioria da população ainda estava descoberta, pois não se configurava um sistema totalmente includente. Tal condição, mesmo em outro momento histórico - na ditadura militar - foi intensificada, pois com a unificação da Previdência Social, por meio do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966, a saúde pública declina em detrimento do avanço da medicina previdenciária, que comandada pelo setor privado respondia aos interesses do capitalismo.

Só a partir de 1988, com a Constituição Federal Brasileira (CF/88), é que se amplia a compreensão da política social como direito, trazendo ao cidadão a garantia do acesso gratuito e universal, sendo o seu provimento obrigação do Estado. Apesar disso, no caso da previdência social, o caráter contributivo continuou enfraquecendo o princípio da universalização e tornando a seguridade social híbrida quanto à garantia de acesso, haja vista que a saúde não discriminou o seu acesso a nenhum público, a assistência social condicionou a quem dela necessitar e a previdência a quem contribuir.

No entanto, mesmo com o reconhecimento do caráter universal da política de saúde, o ideário neoliberal tem atingido fortemente a área social, de maneira a desqualificar e mercantilizar os serviços públicos, levando a um verdadeiro desmonte das políticas sociais e atingindo principalmente os países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil.

Para fins mais ilustrativos e sistematização da trajetória da política de saúde no Brasil, Bravo (2009) divide o quadrante histórico em três momentos. O primeiro, que vai de 1930 a 1964, é marcado pela ascensão de dois modelos de saúde: a saúde pública, com ações focalizadas em campanhas sanitárias e serviços de combate às endemias, e a medicina previdenciária, que estava ligada à medicina de natureza privada. Neste período, consolida-se a política de saúde no Brasil, com a criação do Sistema Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, acompanhando a rota econômica brasileira que se abria à entrada de capital estrangeiro, o que refletiu na saúde na medida em que contou com organizações internacionais que

financiaram ações nesta área, em todo território brasileiro, a exemplo da organização americana Fundação Rockefeller.

O segundo momento, conforme Bravo (2009), inicia-se com o movimento da Reforma Sanitária ainda nos anos de 1970 e que se aprofunda na década de 1980. Nota-se que nesse período o Brasil passava por um processo de redemocratização política, de maneira que a participação de novos sujeitos sociais na cena política trouxe uma maior discussão a respeito das condições de vida e saúde da população do país.

Destacamos nesse momento, o movimento sanitarista enquanto ator central na conquista do posterior Sistema Único de Saúde (SUS) e dentre seus mentores, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), partidos políticos e movimentos sociais urbanos, que lutavam, entre outros, por uma saúde de caráter universal, enquanto um direito do cidadão e dever do Estado. Embora não tivessem sido efetivados inicialmente todos os pressupostos defendidos, este movimento contribuiu substancialmente para os avanços que vão ser materializados na Constituição de 1990 e no Sistema Único de Saúde (SUS). Isto porque, até então, as ações de saúde pública concentravam a assistência à população pobre e negra nos moldes da medicina comunitária norte-americana, não congregando de maneira efetiva o conjunto de necessidades da população. Importante lembrar que ainda na década de 1970 o escopo do projeto sanitarista se anunciava em meio às insatisfações da sociedade civil, dada a atmosfera de recessão e crise econômica, haja vista na saúde suas manifestações despontassem no Brasil e na América Latina, pois segundo Aguiar (2011 apud SANTOS; ARAÚJO *et al.*, 2016, p. 23) discutiam-se “[...] o conceito de Atenção Primária à Saúde [...] desmedicalização, o auto-cuidado de saúde, a atenção primária realizada por não profissionais de saúde e a participação da comunidade”.

No cenário da década de 1980, alguns autores vão discordar quanto aos trunfos da Reforma Sanitária. Jaime de Oliveira (1988 apud PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.13), por exemplo, afirmava que o “[...] movimento sanitário havia assumido um caráter inovador e uma prática política alternativa, centrada na luta pela democratização do Estado e na formulação de um projeto contra-hegemônico direcionado à ampliação da consciência sanitária e do direito à saúde, que visava à reconstrução da sociedade em novas bases”. Oliveira com isso, numa visão mais aberta quanto aos rumos que a Reforma tomava enxergou as possibilidades diante do contexto vivido até ali como algo positivo. Enquanto Gastão Wagner de Sousa Campos, segundo Paiva e Teixeira (2014) lembrava que existiam elementos de continuidade, pois destacava a condição de mudança da saúde desenvolvida pelo “alto”, por setores ainda elitizados.

O que cabe salientar nessas avaliações diz respeito ao sentido dado aquele curso histórico da Reforma Sanitária, advertidamente colocada por muitos autores como inconfundível com o nascente SUS, à época, e cujas rotas desejantes apontavam para novas possibilidades no campo da política de saúde dentro de condições previamente dadas, diante do fulcro presente naqueles tempos.

Ademais a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um momento importante para a política de saúde, visto que não só profissionais do setor, mas também a sociedade organizada debateram acerca do tema “construindo uma análise sobre a saúde para além da doença”, propondo-se um Sistema Único de Saúde e também uma Reforma Sanitária. A Conferência resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, que representou o primeiro esboço do SUS.

A Constituição de 1988 marcou no plano dos direitos sociais um momento significativo, tendo em vista que representou, dentro dos marcos legais, um avanço importante para a construção do sistema de proteção social brasileiro. A assembleia nacional constituinte foi um momento importante de debate para a saúde num terreno tenso composto por dois blocos organizados na cena política e que tinham interesses distintos.

O primeiro grupo era formado pelos componentes do movimento da Reforma Sanitária, denominado Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, que propunham “a universalização do acesso; a concepção de saúde como um direito social e dever do Estado; reestruturação do setor através do Sistema Unificado de Saúde [...]; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal”, etc. (BRAVO, 2009, p. 96). E o segundo grupo era composto pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas, ambas defendendo os interesses do setor privado, que sairia fortemente lesado com a consolidação da política de saúde enquanto direito social.

A Plenária teve êxito no embate e a vitória foi marcada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), incluso no próprio texto constitucional, no Título VIII, Da ordem social, afirmando a saúde enquanto “direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1988).

O terceiro momento apontado por Bravo é a saúde no contexto neoliberal, nos anos 1990, marcado pelos governos, respectivamente de Fernando Collor de Melo, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso, recém-chegados à democracia, após a vigência do golpe militar, tais governos tenderam para as práticas de fomento ao capital e estímulos diferenciados às parcerias público-privadas, em contexto da recente instituição do SUS.

Apesar do recente *status* de direito da política de saúde ser um trunfo histórico em anos de formação da política social brasileira, esta não seguiu linhas evolutivas de progressão, uma vez que o alicerce de formatação desta também teve interesses privados em disputa.

Os governos de Collor e Itamar foram breves e permeados por processos de desestabilização econômica, resultando em anos de perdas para as políticas sociais, mas também, contraditoriamente, um período no qual são aprovadas as regulamentações no âmbito da saúde, a exemplo das Normas Operacionais Básicas de Assistência à Saúde (NOBs) 1991, 1993 e 1996, que normatizaram a então Lei 8.080/90.

Fernando Henrique Cardoso assume o governo com o propósito de controlar os altos índices inflacionários, trazendo a experiência iniciada no governo de Itamar Franco. O foco na estabilização da moeda, mais tarde chamada Real, favoreceu nichos mercadológicos importantes, inclusive da saúde, momento em que também se abriam brechas ao capital estrangeiro com a venda de estatais de peso, a exemplo da Companhia Vale do Rio Doce (empresa de mineração).

Em miúdos, essa passagem de transição política, social e econômica nestes governos citados acima, estava seguindo na contramão da construção do SUS, que se reclamava enquanto dever de Estado ao se sujeitar ao capital, comprometendo, inclusive suas bases de financiamento público e ensaiando o contexto neoliberal no país assentado no corte de gastos sociais, privatizações, centralização dos gastos sociais públicos em programas seletivos entre outros receituários da agenda neoliberal.

Para Bravo (2009), no governo do presidente Lula vigorou a gestão das políticas sociais de maneira fragmentada, sob a ótica da rentabilidade econômica e não das necessidades sociais. Apesar de muitas categorias da saúde terem depositado a confiança em seu governo, visto que seu discurso favorecia o projeto da reforma sanitária, o governo continuou a gestão no sentido de equilibrar o jogo político estabelecendo uma relação combinada entre o fortalecimento do projeto reformista sanitário e a afirmação das ações de cunho neoliberal.

Já no governo Dilma Rousseff houve, certa continuidade do governo Lula, mantendo a linha de sucessão voltada para projetos mais progressistas, mas cedendo às agendas neoliberais, a exemplo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), principalmente no que toca às privatizações de entidades de gestão educacional como os Hospitais Universitários ligados às Universidades Federais. Enquanto espaços do SUS e *locus* da formação profissional de milhares de estudantes, e a oferta de serviços de saúde à

população encontra-se em debates polêmicos³, pois a EBSEH sob o manto da racionalização gerencial de recursos responde por boa parte da administração de Hospitais Universitários em todo o país, o que pode estar precarizando o ensino superior e, conseqüentemente, o acesso da população a esses serviços, bem como o resultado de uma formação racionalizada pela lógica do lucro.

Cabe pontuar, rapidamente, que apesar dessa continuidade representar algumas perdas para a Reforma Sanitária de um modo geral, na saúde mental até o ano de 2015, na gestão do então coordenador nacional da saúde mental, Roberto Tykanori Kinoshita, houve a criação de cerca de 2.200 novos Centros de Atenção Psicossocial; e segundo Lancetti e Zeiden (2016) representou a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) vertiginosamente, nesses anos, resultando no fechamento de mais de 60 mil leitos asilares, desde 1989 até os dias atuais. Na gestão de Tykanori houve também investimentos na área de capacitação de trabalhadores da saúde mental em todo território nacional com a oferta de cursos e incentivos para qualificação da RAPS, via Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na modalidade Ensino a Distância (Ead), bem como a regulação da saúde mental, mediante portarias e editais de financiamentos de outros equipamentos da RAPS, a exemplo de Residências Terapêuticas.

Na contramão do que vinha sendo posto para área da saúde mental, no governo Temer, após *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff em 2016, o tom das mudanças adquiriram um contorno de retirada de direitos sociais escalonada em níveis estratosféricos, cujas principais repercussões passaram desde a discussão de projetos de lei da terceirização, Reforma da Previdência, Reforma Trabalhista, e pela chamada PEC 95 do “fim do mundo” do Teto dos Gastos Públicos⁴, cuja aprovação deu aos governos a possibilidade de congelar os investimentos dos recursos públicos durante 20 anos, em políticas como a saúde, assistência social, educação, comprometendo as necessidades da população que são crescentes e diferenciadas. No caso da saúde, conforme a trajetória sanitária brasileira exige e está contido na Lei 8.080/90 em seu Art. 3º “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

³ Não sendo foco deste estudo, a EBSEH tem demandado muitos estudos referentes as suas conseqüências quanto às relações de trabalho, haja vista existam Hospitais com resultados distintos quanto aos efeitos da gerência dessas empresas.

⁴<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/15/promulgada-emenda-constitucional-do-teto-de-gastos>

(Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013). Tal contexto de congelamento de recursos públicos afeta visceralmente as políticas sociais e a saúde mental, uma vez que os recursos federais que mantém os serviços psicossociais não sofrem incremento há muitos anos. Com essa emenda constitucional, apesar do crescimento do adoecimento mental, o volume de recurso não irá crescer comprometendo a manutenção não somente dos CAPSs, como também de toda a lógica do SUS.

Não obstante, o governo atual do presidente Bolsonaro eleito em outubro de 2018, cristaliza os feitos citados acima, não somente ratificando a agenda anterior do governo Temer, como aprofundando as contradições inerentes ao governo instituído pela retirada de Dilma. Na saúde mental o tom é de desestruturação de toda a lógica antimanicomial vigente desde a Reforma Psiquiátrica, ensaiando na atualidade, uma das lutas mais severas na existência do modelo psicossocial, dessa vez com a ofensiva das Comunidades Terapêuticas (CTs) na disputa pelo fundo público e inserção no SUS, através da Nota Técnica nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS⁵, incluindo-os, juntamente com Hospitais Psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); e para, além disso, reajustando percentuais de repasses por leitos regulados, bem como dentre outros pontos polêmicos e violadores de direitos quanto à assistência infanto-juvenil por admitir estes na RAPS, desconsiderando o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) quanto ao atendimento especializado. No que toca, particularmente às Comunidades Terapêuticas, cabe lembrar os relatórios de inspeção realizados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em conjunto com Conselho Federal de Serviço Social⁶, no ano de 2017, que apontam resultados de violação dos Direitos Humanos, repetindo a chaga histórica dos idos manicomiais, dessa vez com o público usuário de álcool e outras drogas.

Embora, esta pesquisa não aprofunde as repercussões da entrada das Comunidades Terapêuticas no sistema SUS, os CAPS do tipo AD são afetados diretamente dentro dessa sistemática, uma vez que esse modelo das Comunidades reedita modelos asilares que outrora existiram, porém agora em outra conformação. Todavia, esta pesquisa se voltar para o universo dos CAPS tipo I, estes também sofrem os efeitos dessas medidas, pois também atendem pessoas em uso, abuso ou dependência problemática de álcool e outras drogas.

Percebe-se, assim, que apesar da política de saúde no Brasil ter sido uma das pioneiras dentre as políticas sociais, construída pela luta organizada da sociedade e ter um dos textos constitucionais mais amplos no que diz respeito à efetivação dos direitos sociais, ela tem sido desestruturada frente aos novos arranjos políticos, econômicos e sociais, donde sua

⁵ <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/45460>

⁶ <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1485>

mercantilização e fragmentação têm se generalizado e vem sendo marcada por um forte processo de ruptura com os ideais propostos pelo movimento Reformista Sanitário. Como lembram Paiva e Teixeira (2014), o legado da Reforma Sanitária que sempre teve como preocupação a conquista da saúde como direito social e obrigação do Estado, vem sendo a todo tempo aviltado, apesar de alguns avanços a exemplo da implantação e ampliação do Programa Saúde da Família (PSF), Programas de Vigilância Sanitária, Vacinação e a própria Reforma Psiquiátrica (RP).

1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Em seu termo etimológico, a palavra reforma traz em si a ideia sobre algo que remete ao estado anterior, ou algum ponto de partida, ou algo que já houve e não há mais da mesma forma. No entanto, a história da saúde mental, assim como em percursos societários, não pode se considerar somente os aspectos de progressos, ou de elementos meramente qualitativos, pois não é constituída de uma linearidade, mas, sobretudo, daquilo cuja experiência transforma os cenários atuais em potenciais ações de rupturas e continuidades, relação cuja dialética fundamenta o modo de vida como também a perspectiva ampla de transformação social.

Tratar sobre a Reforma Psiquiátrica (RP) não só no mundo, mas também no Brasil, é recuperar um sentido do “antes”, dos tempos da “institucionalização”, sem perder o contexto atual de vida social, porque nesta permanecem as vicissitudes de tempos de “não cuidados” para com pessoas com transtornos mentais, os chamados “loucos”, depositário ainda hoje de expressões corriqueiras quanto às posturas destoadas de razão, ou mesmo radicais. Discussões estas que ainda são atravessadas nos nossos dias pela mistura de fantasia e estereótipos em torno da loucura, como também de novos artifícios discriminatórios que surgem em meio à complexidade de uma sociedade marcada pela desigualdade social.

Autores a exemplo de Castel e Foucault se dedicaram a descrever um desses artifícios, a exemplo dos hospitais gerais, posto que a princípio eles não seriam de domínio médico, mas segundo Amarante (1995, p.25) se ocupavam “[...] de uma ordem social de exclusão/assistência/filantropia para os desafortunados e abandonados pela sorte divina e material [...]”.

Nesse sentido, na ausência de outras maneiras de lidar com a figura do “louco” e de condicioná-lo a algum lugar, era preciso num dado momento histórico, segundo Desviat (1999, p.17) “[...] distrair a loucura, ocupando o espírito e corpo, em lugares – os manicômios

– nos quais os pacientes ficassem isolados [...]” e segundo Esquirol (1991 apud DESVIAT, 1999, p.17) “[...] reprimindo a vividez e a mobilidade das impressões e moderando a exaltação das idéias [...]”. A isto deu-se o nome de institucionalização, ou em outras palavras movimento alienista, cuja psiquiatria atrairia olhares para o componente nosológico, conferindo a loucura um estatuto de doença.

Em suma, para Amarante (1995) é na fronteira da modernidade, nos idos Iluministas, que se reúnem as condições de emergência de um saber e instituição médica capaz de agrupar a doença mental e consolidar o asilamento, isto é, a institucionalização.

Traçar uma trajetória da saúde mental não deixa de ser desafiador, ao passo que a própria concepção de loucura e saúde se faz e refaz a depender de conjunturas econômicas, políticas, sociais, ambientais e culturais. Porém, estas concepções são validadas de tempos em tempos e não podem perder de vista a estrutura sobre a qual se erguem as crenças, os costumes, os rejeitos. Sobre isto, há que se considerar as concepções acerca da loucura e o caráter também conservador das ciências, como a necessidade de positivação das realidades constituídas sob as contradições capitalistas, pois estas se tornaram uma urgência na alternativa ao pensamento dialético e com ela a destruição da categoria “razão” e em sua substituição a “intuição”, o constante, o homogêneo e a regularidade (COUTINHO, 2010, p.48-54). Não por acaso a loucura teve um processo de tratamento explicado sob o ponto de vista histórico a partir da ótica capitalista bem particularizado, reproduzindo o modo de vida preenchido de enquadramentos necessários à ordem estabelecida.

É mister considerar a passagem do século XVI ao XVII como o marco da ascensão da sociabilidade burguesa, o qual, segundo Bóron (2001, p. 364), trouxe um certo abalo nas Ciências Sociais, resultante da crise de um modelo de ciência até então considerado desde século XVI, o paradigma “Newtoniano/cartesiano” que concebia o mundo em simetria, constante, imperturbável. Convém lembrar que esse desassossego veio a ocorrer séculos depois com a ascensão de modos de produção econômico e social, que foram orquestrados pelos princípios do Iluminismo e de seus vocacionados burgueses, que traziam algo implícito sobre as inclinações para maneiras diferentes de explicar a realidade, inclusive a loucura.

Dessa maneira, a regularidade social acabou sendo a porta-voz do dia em detrimento ao inesperado, algo que é questionável, posto que a realidade é mutável, conforme lembra Netto (2011, p.57, grifos do autor) já que “[...] a sociedade burguesa é uma *totalidade dinâmica* – seu movimento resulta do caráter *contraditório* de *todas* as totalidades que compõem a totalidade inclusiva e macroscópica [...]”. É assim que diante da instabilidade dos loucos, tal perspectiva de regularidade sob efeito do advento científico trouxe efeitos

iatrogênicos, segmentando essas pessoas e diferenciando-as, no sentido negativo, dos demais grupos populacionais.

Segundo Amarante (1995, p.24), “[...] a caracterização do louco, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional”. Nesse sentido, esse contínuo de exclusão, foi visto ainda no século XVII, quando os “loucos”, somados a outros contingentes populacionais foram reclusos aos hospitais, posto que

Os mendigos e vagabundos, as pessoas sem domicílio, sem trabalho ou sem ofício, os criminosos, os rebeldes políticos e os hereges, as prostitutas, os libertinos, os sífilíticos e alcoólatras, e os loucos, idiotas e maltrapilhos, assim como as esposas molestas, as filhas violadas ou os filhos perdulários, foram, através desse procedimento, convertidos em iníquos, e até transformados em invisíveis. (DÖRNER, 1974 apud DESVIAT, 1999, p.15, grifos do autor).

Dessa forma, os loucos tornavam-se invisíveis sim, porém para Amarante (1995, p.46) dentro da “[...] totalidade social e, ao mesmo tempo, torna-se objeto visível e passível de intervenção pelos profissionais competentes nas instituições organizadas para funcionarem como *locus* de terapeutização e reabilitação [...] o lugar da identidade marginal da doença mental, fonte de perigo e desordem social”.

Os resquícios desses tempos não são facilmente entregues ao imaginário social de uma hora para outra, são construídos por séculos e imersos dentro de um modo de produção capitalista, no qual as diversas identidades do “louco” acabam se tornando critérios de seletividade dentro da dinâmica social em vários países. Não foi por acaso que, o “[...] manicômio concretiza a metáfora da exclusão, que a modernidade produz na relação com a diferença” (AMARANTE, 1995, p.47).

Todavia, a modernidade trouxe consigo também relações contraditórias que terminaram trazendo sequelas sociais quanto ao mundo das possibilidades humano-genéricas, provocando sujeitos postos em condição de resistência ante a segregação sofrida pelos “loucos”, em sua maioria profissionais, familiares e outros atores através de diversos atos, ações e movimentos em várias nações.

Desses momentos de resistência podemos citar a Reforma Psiquiátrica, como grande movimento em torno da causa relacionada aos “loucos” e sua subordinação histórica inferiorizada diante do mundo de objetivações sociais.

No Brasil, evidenciada no contexto de redemocratização aos finais dos anos de 1970, a reforma psiquiátrica, aliada às diversas experiências de países como a Itália e Espanha, teve entre os seus objetivos (res) situar o “louco” no ordenamento social. Era necessário diante de

tantos efeitos nocivos ao tecido social “[...] desmontar o discurso/prática competente que fundamentam a diferenciação entre aquele que trata e o que é tratado” (AMARANTE, 1995, p. 48), sendo então fundamental (res) situar não somente o louco, como também os profissionais, a comunidade e o entorno com a diversidade de modos de vida.

A particularidade brasileira da Reforma Psiquiátrica está no fato de em um curto período de tempo, unificar vários líderes e profissionais em torno de pontos fundamentais como a desinstitucionalização, defesa dos direitos dos usuários, aprimoramento de técnicas, cujas intenções circulavam no sentido de alteração dessa dinâmica social de reclusão das pessoas com transtornos mentais, foi também influenciada por desencadeantes, desde o desejo de uma sociedade livre, justa e solidária, principalmente depois da Segunda Guerra Mundial, com a descoberta dos medicamentos psicotrópicos e a adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições de psiquiatria. Dessa maneira, as formas alternativas aos modelos asilares foram sendo pensadas desde a experiência de desinstitucionalização norte-americana até a política de setor francesa. (DESVIAT, 1999).

Para efeito de ilustração das diferentes propostas de reformas, dentre elas, a psicoterapia institucional e a política de setor francesa no século XX, podemos elencar destas propostas três princípios que servem de comparativos para outros modelos de reforma também, a saber: a ideia de zoneamento delimitando a um quantitativo de habitantes a assistência aos pacientes; a continuidade terapêutica e a predominância do espaço extra-hospitalar.

Outra perspectiva de reforma circulou em torno da comunidade terapêutica e a psiquiatria do Serviço Nacional de Saúde da Grã-Bretanha. Esta lançava mão de princípios semelhantes aos anteriores, tais como, “[...] liberdade de circulação, espaços estruturados, contratos de entrada e saída fáceis de rever e acolhida permanente, dispondo de grades simbólicas e de mediações” (OURY, 1972, p.4, apud DESVIAT, 1999, p.35). Ainda na Grã-Bretanha, segundo Desviat (1999), seguindo tendências de meados dos anos 1920 no Reino Unido da chamada territorialização, uma Lei da Saúde Mental teria sido criada pelo Ministério da Saúde em 1954, na qual houve a criação da oferta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e cuja vantagem tornava referência no âmbito do mercado, pois demonstrava a importância da política sanitária planejada, considerando-se a equidade geográfica. No entanto, Amarante (1995, p. 31) revela a partir de Franco Rotelli (1994, p.150) que esta experiência “[...] não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e que, portanto, ela não poderia ir além do hospital psiquiátrico”.

Lançadas essas tendências, na década de 1960, na Inglaterra e sob influência de nomes como Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson (AMARANTE, 1995), os parâmetros científicos sobre doenças como a esquizofrenia passam a pôr em questão o saber e as práticas psiquiátricas sobre a loucura e o movimento chamado antipsiquiatria passaria a recompor teoricamente outros modelos assistenciais no trato das doenças mentais.

Entretanto, é com a experiência da psiquiatria antiinstitucional, isto é, a reforma psiquiátrica italiana, que a reforma psiquiátrica brasileira irá vivenciar os marcadores das suas inspirações mais fervorosas. Ante aos questionamentos quanto à pertinência do hospital psiquiátrico, autores como Flemming (1976:55-56 apud AMARANTE, 1995, p.35) consideram alguns fatores, nos anos 1960, como propulsores nesse processo de contestação tais quais:

[...] a psiquiatria asilar é onerosa aos cofres públicos; a inadequação da instituição asilar para responder às novas questões ‘patológicas’ ‘engendradas pelas sociedades de capitalismo avançado’; e, finalmente, a crise dos valores burgueses colocando em perigo a ideologia dominante, o que, no campo específico da saúde mental, aponta para a necessidade da mediação das técnicas *psis* nos problemas sociais.

É nesse caldo de movimentações e experiências que Franco Basaglia, um psiquiatra italiano, colocaria então nos marcos históricos, em Gorizia, na década de 1960, a sua inquietação em torno da necessidade de humanização e transformação do hospital psiquiátrico, isto é, a transição de todas as outras propostas se misturava ali, mas para ele era preciso ir além porque era “[...] da comunidade terapêutica, etapa provisória que deve ser negada, de maneira a que a ação possa ser levada para fora, para a própria sociedade, onde funcionam os mecanismos originários de marginalização do doente mental” (BASAGLIA, 1970 apud DESVIAT, 1999, p.43). É assim que o movimento também chamado de Psiquiatria Democrática se propunha, naquela época, a estender tal experiência para as demais cidades italianas, dessa vez com o incremento da Lei 180 de 1978, como catalisador legal que cristalizou os processos desinstitucionalizadores no mundo, reconhecendo a necessidade de fechamentos dos manicômios e a criação de serviços alternativos. A Lei trazia dentre seus traços de operacionalização, o trabalho em equipes *interdisciplinares* e a lógica da reabilitação dos pacientes por meio do trabalho, nas suas formas cooperadas.

Apesar dos avanços dessa proposta, deve se considerar que o termo “desinstitucionalização” nasce nos Estados Unidos da América (EUA), no contexto dos projetos preventivos que apontavam a “desospitalização” como alternativa, porém embora sejam de amplitudes qualitativamente distintas, isto é, significados diferentes, no que toca as

suas aplicações, se tornaram sinônimos na medida em que ganharam volumes nas diversas propostas vivenciadas naquele período.

Nas palavras de Desviat (1999, p.88) “[...] passou-se da cura para o cuidado, a psicoeducação e o treinamento, e a implantação de técnicas específicas para aumentar as capacidades e habilidades, os níveis de autonomia e a qualidade de vida, ao mesmo tempo em que se atuava sobre a família, mediante o fornecimento de apoio e informações sobre a doença [...]”.

É na base da psiquiatria antiinstitucional, antipsiquiatria, basagliana ou italiana que se assentariam no minuto histórico dessa influência, os moldes da nossa RP. Cabe destacar que se tratando de um país de “desenvolvimento desigual e combinado”, lembrando Mandel (1982), a Reforma Psiquiátrica teve um substrato mais favorável às projeções no cenário local, acrescidas de inovações trazidas pela Reforma Sanitária com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), como fator favorável à discussão de modelos alternativos ao asilar, nesse período citado anteriormente.

Vários países como Argentina, Colômbia, Costa Rica, Chile, Venezuela e Brasil reuniram-se em encontros nacionais na busca de alinhamentos sobre a Reforma Psiquiátrica. Esse movimento latino-americano, segundo Desviat (1999) teve no Brasil uma força política que mobilizou a grande maioria dos estados brasileiros no ano de 1992, em cerca de 1.200 pessoas.

No entanto, no Brasil um misto de movimentos e ações dava fluidez à sociedade brasileira nos idos das décadas de 1970 e 1980. A chamada crise da Divisão de Saúde Mental (DISAM), cujas instituições geridas estavam todas no Rio de Janeiro, a exemplo do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), do Hospital Pinel, da Colônia Juliano Moreira (CJM) e do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, foi um condicionante importante que demarcou o cenário local quanto às reformas e suas políticas. A saúde mental, que tinha seu complexo de atenção hospitalar centralizado na gestão da DISAM, dividia a relação de compra de serviços no âmbito ambulatorial com o então Ministério da Previdência e Assistência Social, cuja lógica se tratava do seguro contributivo de acesso ao círculo restrito de trabalhadores. A crise da DISAM, naquele contexto, demandou questões que iam desde a defesa de participação democrática na elaboração dos planos de saúde, mudanças hospitalares até aspectos ligados à Anistia, lembrando que o pano de fundo da RP ocorreu em meio ao regime militar.

Nesse bojo, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) passa a ser um grande figurante das propostas de reformulação assistencial que são lançadas sobre a psiquiatria tradicional. Movimento este que, embora não institucionalizado, deu força aos

manejos políticos que incorreram, inclusive em Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para rever a legislação voltada para o doente mental. Para além de insatisfações no trato trabalhista, denúncias, greves e demissões correlatas aos envolvidos nos idos dos anos de 1978, na cidade do Rio de Janeiro, aparecem anunciadas pelo MTSM e surgem temáticas relacionadas à defesa dos Direitos Humanos e à vinculação orgânica com os movimentos populares de saúde, dando corpo à Reforma Psiquiátrica junto às instituições como os Conselhos de Classe, dentre eles o então CRAS - sigla que denominava o Conselho Regional de Assistentes Sociais, atualmente Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) -, além de Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), associações de familiares e comunitárias, dentre outros simpatizantes e envolvidos com a área da saúde.

Cabe destacar uma tendência importante no cenário da saúde, de modo geral, pois algumas experiências como o plano de reordenamento financeiro e de assistência à saúde e a cogestão foram determinantes na formulação e gerenciamento das políticas públicas, considerando-se, nesse processo, os pleitos do MTSM e a sua inserção nos quadros administrativos do Estado, mas também os tensionamentos de algumas instituições, a exemplo da Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Em 1981, foi então criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que tinha como princípios a integração, hierarquização, regionalização e descentralização do sistema de saúde (AMARANTE, 1995). Não por acaso, o autor analisa que a Reforma Psiquiátrica teve um teor altamente estatizante por sua via modernizadora, sem resolver questões estruturais relevantes para a saúde mental, criando formas “amenizadoras” diante da efervescência dos tempos históricos relacionados e na ânsia de resultados mais concretos, ante aos processos políticos e econômicos da autocracia burguesa vigentes à época.

Conforme revela Amarante (1995), foi um período marcado por muitos eventos e acontecimentos como a 8ª. Conferência Nacional de Saúde (1986), II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, o chamado Congresso de Bauru, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo, a Associação Loucos pela Vida (Juqueri), e a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89 de Paulo Delgado. Tudo isso, segundo Amarante (1995, p. 75-76), conferiu uma condição mais singular à Reforma Psiquiátrica, ou seja, uma “[...] dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos terrenos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural”.

Não por acaso, as experiências do MTSM expostas acima têm como substrato os encontros marcadamente regionais, principalmente no Sudeste, cujas pautas versavam sobre o

consumo eficaz de psicotrópicos, discussão sobre a própria assistência, direitos humanos, legislação civil e penal, cidadania e outros que culminaram na I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em junho de 1987, esforço esse de integração, inclusive da então Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

Na década de 1990, houve outra fase importante com a II Conferência Nacional de Saúde Mental, quando os modelos de desinstitucionalização, ou seja, os serviços substitutivos, começaram a ser implantados e a receber recursos. A Declaração de Caracas, de 14 de novembro de 1990, marca um movimento importante no continente, que sinalizava posicionamentos no âmbito das Américas, quanto aos sistemas de atenção à saúde mental, colocando no centro das ações o conteúdo comunitário, modelos alternativos, o respeito aos Direitos Humanos, a reestruturação psiquiátrica e a defesa e vigilância necessária para pessoas com transtornos mentais.

Em linhas gerais, articulador de lemas como “Por uma sociedade sem manicômios”, a tradição do MTSM foi instituir no estado brasileiro o projeto de “desinstitucionalização”, como norteador de ações e serviços de saúde mental em todo território.

Em resumo, o percurso da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem alguns momentos sinalizadores de mudanças, mas que não são estanques. O primeiro deles marca as décadas iniciais do século XIX e segue até a Segunda Guerra Mundial e foi regido pelo disciplinamento social que teria em seu principal instrumento valorativo o higienismo moral. Após a Segunda Guerra Mundial surgem os modelos socioterápicos, baseados nos ideais de promoção de saúde e de viés não curativo, a exemplo das diversas alternativas encontradas em vários países. O segundo espaço temporal é chamado sanitarista porque nasceu na conjuntura na década de 1980, de Reforma Sanitária e da defesa de princípios universalizadores para atendimento da saúde da população. Nesse período, ensaiava-se a construção da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987, que passa a marcar o fim da experiência sanitarista, não escanteando as ideias sanitaristas, mas priorizando a busca de identidade de ações desinstitucionalizadoras capazes de lidar com a loucura e o sofrimento.

De alguns anos para cá, mais precisamente na década de 2000, a passagem da saúde mental para a construção de um lugar de direito à convivência e cuidado em território tem sido marcada por muitos fatos socioeconômicos e políticos. Nos idos dos anos de 2000 até agora, a Política de Saúde, em geral, sofreu com os processos de mundialização do capital, regidos pelo neoliberalismo num tom acelerado, com a influência, inclusive de gigantes econômicos, como da China e o seu peso internacional, cooperou para agravar problemas já estruturais de desemprego, desindustrialização em países chamados periféricos como o Brasil,

e, consequentemente, gerou uma crise nas políticas sociais, sustentáculo dos principais direitos garantidos, desde a Constituição, que de tempos em tempos pagam o preço de ajustes e racionalização de seus recursos. Assim, vai na contramão das necessidades sociais da população, colaborando para agravamento da “questão social” ao afetar o acesso de contingentes populacionais aos recursos públicos, a exemplo dos usuários dos serviços em saúde mental.

Nesse período, estes serviços atravessaram governos progressistas como o de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, cujas marcas deram à conjuntura e às políticas sociais outras configurações, que passaram por estratégias de aumento de renda e do consumo como medidas de contenção das desigualdades sociais, mas economicamente não conseguiu conter as investidas de precarização, privatização e terceirização das políticas sociais, abrindo um leque de possibilidades capitalistas de ocupar nichos de exploração de serviços e bens comuns de cidadania.

Não obstante, diante de tais possibilidades, outro marco da reforma psiquiátrica se deu justamente com a Lei 10.216/01, também chamada Paulo Delgado, e com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, isto é, o crescimento e a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a expansão para outras áreas como crianças e adolescentes, Álcool e outras drogas, Programa de Volta para Casa, dentre outros, deram o norte de muitas conquistas nesse período.

A guisa da IV Conferência Nacional, quase 10 anos depois, o período de gradual institucionalização das práticas e serviços, bem como dos movimentos que envolvem a Luta Antimanicomial e a própria RP, segundo Vasconcelos (2016, p.40), também iria marcar um tempo de desafios, decorrente de questões conjunturais como as privatizações e precarizações das relações de trabalho, dando sinais dos retrocessos vindouros anos depois.

Entretanto, a fase mais próxima de nossos tempos é caracterizada como o período que começa em 2010 e segue aos nossos dias. A política neoliberal, de acordo com Vasconcelos (2016) seria um catalisador das mudanças ocorridas na RAPS, principalmente no que toca à questão da atenção às problemáticas derivadas do consumo de *crack* e outras drogas, com as tendências significativas de internações compulsórias e a limpeza urbana realizada diante da complexidade das redes frente ao fenômeno das drogas. Esses condicionantes somados às históricas reincidivas dos setores conservadores da política brasileira ergueram-se ao ponto de entregar, em 2015, o Ministério da Saúde e a Coordenação Nacional de Saúde Mental, para nomes reconhecidos por posturas retrógradas, a exemplo do médico psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho, nomeação de um dos diretores de um dos maiores manicômios da

América Latina (AGÊNCIA BRASIL, 2015), o que gerou forte repercussão nacional e desencadeou manifestações em vários estados brasileiros com a ocupação da coordenação nacional no Ministério da Saúde, e permitiu reativar as forças da Luta Antimanicomial.

Em suma, sob o signo de ajustes nas políticas sociais, passaram-se governos que realizaram as chamadas contrarreformas, com o fito de reduzir direitos da classe trabalhadora, com mecanismos de privatização e outros e, cujos interesses do capital preponderaram em detrimento de todos os avanços dos governos Lula e Dilma, configurando um modelo estrutural econômico bastante similar aos governos prévios ao ano épico de 1988, período anterior à redemocratização e a Constituição Federal.

Para não ficar no relato geral, reformas como a tributária, proposta pelo então governo Lula, a PEC 233/08, previa a “[...] desburocratização, eliminação da guerra fiscal, desoneração parcial da tributação sobre a folha de salários, eliminação de distorções e cumulatividade e aumento da competitividade econômica” (BRAVO; SANTOS, 2016, p.22). Estas ações impactariam na seguridade social (previdência social, saúde e assistência social), cujos recursos advinham também dessas fontes de receitas, atingindo em cheio a perspectiva de continuidade dessas políticas com a condução pública de recursos, alcançando também a saúde mental.

No que tange especificamente à saúde, o primeiro mandato de Lula teve como ganho político a acertada decisão de compor o Ministério da Saúde com profissionais alinhados à Reforma Sanitária, o que significou, segundo Bravo (2004 e 2006), um dos momentos importantes da política de saúde, com a XII Conferência Nacional de Saúde.

Alguns programas especiais da política de saúde, como combate ao tabagismo e AIDS continuaram e ampliaram a cobertura, mas foram desconsideradas outras problemáticas de saúde, decorrente da mudança de perfil epidemiológico da população (PAIM *et al.*, 2005 apud BRAVO; SANTOS, 2016, p. 27). Nessa seara, questões postas pelo ideário sanitaria de 1970, como a concepção de seguridade social, a política de recursos humanos e/ou gestão do trabalho e educação na saúde e a saúde do trabalhador, não avançaram como o esperado.

Desse saldo, a saúde mental não pesou tanto na composição das prioridades do governo Lula, muito embora nos permite inferir o esforço, não tanto linear na pós Lei 10.216/01, na sua operacionalização. Para não ficar sem dados, no Brasil, segundo (ANTUNES; QUEIROZ, 2007, p.207), quanto à diminuição dos leitos psiquiátricos “[...] em 1996, o seu número era de 72.514, enquanto em 2002, projetava-se uma queda para 55.069. Simultaneamente à diminuição de leitos hospitalares, tem ocorrido a ampliação dos CAPSs.

Em 1996, havia 154 deles e, em 2002, projetava-se um crescimento para 424, representando um aumento da ordem de 175% 5”.

No governo de Dilma Rousseff foi dada ênfase à saúde da mulher e da criança, a exemplo da Rede Cegonha (que cuida da gestação até os anos iniciais da criança). Todavia, no ano de 2011, na então composição da nova equipe do Ministério da Saúde, a mobilização nacional contra a dengue e o enfrentamento ao crack e outras drogas também foi ponto de realce na política governamental (BRAVO, 2016). No entanto, apesar do discurso apontar para fortalecimento da reforma psiquiátrica, houve um crescimento das parcerias público-privadas com as CTSs no manejo das internações compulsórias. Sendo estas de eficácia questionada diante dos sucessivos relatórios de autarquias como os Conselhos Federais de Psicologia⁷ e Serviço Social⁸, estudiosos apontam as graves violações dos Direitos Humanos que fazem retroceder a reforma psiquiátrica no Brasil.

Segundo a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME, 2018), a RAPS contou com o aumento de financiamento até meados do ano de 2016, e, a partir de então, o financiamento tem diminuído a 2,5%, a despeito da recomendação da OMC de investir cerca de 5% a 10% do orçamento da saúde.

No bojo das transformações da política de saúde mental, mais precisamente nos dias atuais, veem-se mudanças sérias que sinalizam as tendências conservadoras, que vão se materializando em legislações a exemplo da Resolução nº 32 de 14 de Dezembro de 2017 (BRASIL, 2018d) e a Portaria Ministerial nº 02 de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2018e), que sugerem o caminho da saúde mental contrário à construção da Reforma Psiquiátrica no que toca a várias questões, dentre elas as parcerias público-privadas via hospitais psiquiátricos e CTs, reeditando-se formas asilares dentro da própria RAPS e desconsiderando o modelo psicossocial como substitutivo.

No ano corrente (2019), o Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral da Saúde Mental, Álcool e outras drogas emitiu a Nota Técnica nº 11/2019 que foi alvo de

⁷ Vinte e oito estabelecimentos, das cinco regiões do Brasil, foram vistoriados em outubro de 2017 em ação conjunta do Ministério Público Federal, do Conselho Federal de Psicologia e do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Privação de liberdade, trabalhos forçados e internação de adolescentes estão entre as violações identificadas. (BRASIL, 2018a).

⁸ Foi nesse sentido que o CFESS participou, nesta semana em Brasília (DF), do lançamento do relatório que reúne os resultados da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, realizada em outubro de 2017, nas cinco regiões do Brasil. A elaboração do documento é uma iniciativa do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF). (BRASIL, 2018b).

muitas de polêmicas, pois além de recuperar o alinhamento anterior das normativas de 2017 e 2018, acrescenta claramente pontos de divergência direta com as conquistas da RP ao negar os CAPSs como modelos substitutivos, atualizar valores pagos aos hospitais psiquiátricos em detrimento de aportes de recursos para os serviços psicossociais; a abstinência de drogas como única estratégia de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas; o estímulo à criação e/ou manutenção de ambulatorios de saúde mental, até mesmo como conformação diante de ajustes financeiros dos municípios; além da internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos, a despeito da observância do ECA.

Apesar dos esforços no sentido de ampliar os serviços ambulatoriais, centros de convivência, hospitais-dia e outros equipamentos e tecnologias no cuidado em saúde mental por todo país, a exemplo dos CAPSs criados em meados dos anos 2000 e cuja ampliação ainda se deu com implantação de novos serviços pelo país até meados dos anos de 2016, nos dias atuais vê-se então a consolidação de uma contrarreforma, isto é, a imersão numa conjuntura acelerada de desmonte dos serviços existentes e injeção de recursos em equipamentos como Comunidades Terapêuticas⁹, atos ratificados pelo governo recente do presidente Jair Bolsonaro.

1.2.1. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

A assistência ao público com transtorno mental tem sido mediada pela complexidade das demandas desses sujeitos resultantes do enclausuramento nos antigos manicômios, locais de “cuidado” que impulsionaram inúmeras violações de direitos humanos e sequelaram indivíduos, famílias e comunidades. A inversão da lógica do cuidado orientou-se graças ao advento da quebra de paradigma da psiquiatria pré-moderna, quando a loucura era tratada como algo “naturalmente” diferente dos outros e por si só explicava o mundo dos “loucos” e, a assistência restrita aos castigos e indiferença social, quando não a total insignificância no acesso ao conjunto de bens e produtos construídos pelo conjunto da classe trabalhadora.

Largas décadas se passaram ante a vigência de tal paradigma excludente, sendo questionado em meados da década de 1970, principalmente na Itália, diante da “[...] constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional era antiterapêutico [...]” (VASCONCELOS, 2010, p.39) e as reflexões em torno da desinstitucionalização inspiradas nos estudos de Basaglia e a Psiquiatria Democrática Italiana fomentaram também o

⁹<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43093-governo-federal-destina-r-87-milho-es-ao-acolhimento-de-dependentes-em-comunidades-terapeuticas>

questionamento da resolutividade de modelos arcaicos e asilares no Brasil. A substituição radical desses locais foi proposta num contínuo de assistência ao público em suas crises agudas, cuidado psicológico e demandas mais amplas de caráter social, a partir de serviços abertos e comunitários, mais tarde chamados de CAPSs.

A assistência pautada na desinstitucionalização é caracterizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de reabilitação psicossocial juntamente com a psicoterapia e a farmacoterapia, sendo estas respostas pragmáticas no universo da saúde mental no Brasil. Entretanto, para fins de estudo, cabe aqui a questão da reabilitação psicossocial para traçar as principais discussões acerca das categorias Campo e Núcleo e a interdisciplinaridade inerente a ela.

O CAPS, especificamente tipo I, referência desta pesquisa, é um estabelecimento de saúde da esfera pública padronizado como nível I seguindo os critérios do Ministério da Saúde (MS) de atendimento às populações de até 15.000 habitantes (BRASIL, 2002). Seu porte corresponde à imensa maioria dos serviços em todo o Brasil, pois é um dispositivo de menor alcance populacional e, por essa medida, consegue se capilarizar em municípios menores no território brasileiro. Possui serviço territorializado, de porta aberta e cuja assistência terapêutica é prestada aos sujeitos com transtornos severo-graves e persistentes e/ou a pessoas que fazem o uso e abuso de Substâncias Psicoativas (SPAs).

Em suma, a assistência majoritariamente pública do CAPS é em sua essência sustentada na localidade junto aos sujeitos a partir da abordagem interdisciplinar destes, sendo, conforme Sampaio e Santos (1996, p.127-29 grifos do autor), de:

1. Integração a sistemas primários e secundários de atenção, atuando na produção de qualidade de vida, a promoção de saúde e no tratamento de doenças, portanto, seria paradoxal pensarmos os CAPS fora do SUS. 2. *Acessibilidade local (distrital ou municipal) e integração a sistemas de política social*, interagindo, direta ou quotidianamente com a vida das famílias, a dinâmica do mercado de trabalho e a distribuição dos poderes de decisão, e, portanto, seria novamente paradoxal pensarmos os CAPS fora dos processos de democratização e de planejamento estratégico. 3. *Prática multiprofissional interdisciplinar* com redução crítica da hierarquia interna e hierarquia assistente/assistido. O CAPS é, também uma radical experiência de democracia interna, pois articula os saberes da Medicina, da Enfermagem, da Psicologia, do Serviço Social e da Terapia Ocupacional, colocando-os à serviço da solução de problemas [...] não só direcionada para fora da sede do serviço como, também para a promoção da saúde mental dos próprios profissionais da assistência, reduzindo a divisão rígida de trabalho e as distâncias entre quem sabe e quem faz, quem cuida e quem é cuidado. 4. *Multiplicidade de práticas e crítica às práticas* através de pesquisa sistemática. O CAPS se reinventa sempre. Não é dogmático, não acha que exista uma única teoria certa e um único tratamento científico, não pretende pôr a realidade em uma camisa de força ideológica. Em cada região, haverá um jeito diferente de gozar e sofrer a condição humana, de enfrentar os enigmas da esperança, da felicidade e da morte [...] 5. *Processo de*

supervisão para administrar e criticar problemas de várias ordens, que podem ser confusos ou requerer soluções contraditórias, exigindo supervisão sistemática, institucional e técnica. Institucional – da organização interna, dos programas e das integrações, das dinâmicas interteóricas, interprofissionais e interpessoais. Técnica- da praxiterapia, de grupo, da farmacoterapia, do atendimento ambulatorial, da internação de crise em hospital geral, da emergência. 6. *Centro dinâmico das políticas de saúde mental*. Os hospitais psiquiátricos realizam uma política assistencial que se baseia em alguns princípios bem evidentes: a) *Da verdade exclusiva*: haveria uma essência humana imutável, cujos desvios são patologias a serem tratadas de um mesmo modo em todas as latitudes geográficas e sociais. b) *Da incurabilidade*: tratamento sintomático e tutela permanente parecem ser as estratégias básicas, de fato, afirmando que Psiquiatria e Psicologia são impotentes. c) *Da segregação*: confunde-se a doença como o doente, daí o isolamento o protegeria dos outros e protegeria os outros de suas paixões desvairadas. Os CAPS enfrentam este conjunto de princípios constituídos e afirma que o eixo das políticas de saúde mental é extra-hospitalar, interdisciplinar, otimista e humanista. Os CAPS, portanto, revolucionam atitude dos profissionais e da sociedade frente às concepções de natureza humana, natureza da doença mental e natureza dos direitos de cidadania.

Em síntese, a lógica do CAPS é substitutiva, ou seja, dentre outros objetivos deve funcionar reduzindo a necessidade das internações em hospitais psiquiátricos e ofertando cuidado junto à família, amigos e à comunidade, valorizando-se a liberdade, cidadania, autonomia e contratualidades da pessoa em acompanhamento. É importante ressaltar que embora nem todos que procuram o CAPS sejam admitidos como seus usuários/pacientes, todos podem buscar atendimento inicial, avaliação e orientação sobre o seu problema e, conseqüentemente, informações sobre a atenção voltada à saúde mental.

O Projeto Terapêutico Institucional (PTI) dos CAPSs volta suas ações para a oferta de vários serviços dentre eles: avaliação inicial em saúde mental; atendimentos e/ou consultas com profissionais de Serviço Social, Enfermagem, Psicologia e Psiquiatria; atividade física; grupos socioeducativos e terapêuticos; oficinas terapêuticas e artísticas; acolhimentos de crise e ações intersetoriais, além de se constituírem espaços de reflexão, de partilha de conhecimento, de atividades produtivas (sendo estas em sua maioria de motivação terapêutica), assembleias, dentre outros, que irão compor o Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários destes serviços. A natureza do serviço é continuada no sentido de oferecer atenção aos sujeitos, pois tais transtornos advêm de condições persistentes, que apesar do uso de medicamentos regulares podem desencadear em surtos psicóticos como consequência multifatorial da vida em sociedade.

Por conta disso, a metodologia de trabalho dos CAPSs consiste na sensibilização dos sujeitos quanto à assistência das suas necessidades básicas, que incluem a atenção à saúde em seu aspecto biopsicossocial, no sentido de permitir-lhes a conquista do poder de resiliência na lida com o cotidiano societário. No dizer de Bezerra (1996, p.140), “[...] o homem tem essa

peculiar capacidade de ser o que era antes impensável, de produzir o que era antes impossível até mesmo de se imaginar, porque não haviam palavras para descrever o que se imaginava”.

Um autor chamado Silva Filho (1996, p.61) nos traz em resumo a lida com a pessoa com transtorno mental, no seu ver um “psicótico”, e propicia, segundo ele, outro modo de olhar a loucura:

[...] Uma civilização se mede e se julga pela maneira como aborda a questão do psicótico. Além disso, nós, enquanto terapeutas de psicóticos, somos os garantidores da emergência progressiva de uma ordem pacificadora. No fundo, o psicótico sofre inicialmente uma dilaceração, verbalizada apenas depois, dos conflitos que agitam todo sujeito humano.

Não por acaso que entender as questões referentes à saúde mental e a municipalização desses serviços com o advento da Lei nº 10.216/01 é salutar, uma vez que esse sujeito ocupa um lugar de pertencimento, fala de um determinado lugar, se posiciona num mundo de objetivações, subjetivações ao qual sofre e também condiciona os modos de ser. É preciso atentar-se para a tendência de uma nova institucionalização desses sujeitos, ou seja, a ameaça do sujeitamento aos novos formatos manicomiais, se não for considerada a necessidade de extrapolar os muros do CAPS e projetar esses sujeitos para “fora” destes dispositivos, pois a ocorrência da defesa da lógica de reclusão semelhante ao fenômeno dos manicômios do passado pode urgir, caso não haja aproximações aos objetivos da Reforma Psiquiátrica e estratégias constantes de enfrentamento ao modelo manicomial.

No entanto, alguns recursos manicomiais ainda são vistos por muitos familiares, gestores, profissionais como respostas mais rápidas e eficientes, apesar de tecnologias de cuidado como as dos CAPSs, baseado na atenção aos usuários na dimensão territorializada, próximas às cenas de vida do sujeito, ainda persistem situações nas quais as pessoas procuram o CAPS meramente para mediar internações psiquiátricas e/ou segregar ao CAPS como medida de afastamento familiar, comunitário, conjugal.

Apesar destas questões não serem escopo desta pesquisa, na vivência enquanto trabalhadora da RAPS, especificamente CAPS I, encontramos alguns depoimentos implícitos no discurso de muitos familiares, profissionais, gestores e munícipes acerca das pessoas com transtornos mentais e/ou usuários de álcool e outras drogas ao referir: “Agora tem um lugar para ele ficar” ou outros que sequer avaliam a condição de (re) habilitação biopsicossocial desses sujeitos quando estão somente em busca de consultas psiquiátricas, ou ainda a gente vai “ajudar” essas pessoas porque elas são “coitadas e não sabem o que fazem”.

Portanto, torna-se essencial o incentivo às potencialidades dessas pessoas, a fim de que elas também possam capitanear as transformações próprias do conjunto de práticas e formas de viver mais justas e dignas. E assim, consagrar aquilo que afirmava Basaglia (2005) apud

Barreiros (2014, p.56): “precisamos colocar a doença entre parênteses e isso implica em construir e inventar uma nova centralidade para a atenção em saúde mental, diferente daquela calcada sobre um único saber”. Nos serviços substitutivos esta centralidade é deslocada para a vida do usuário, sua biografia, “sua existência-sofrimento em relação com o corpo social” (ROTELLI, 1990 apud KINKER, 2014, p.34). Daí a discussão de que traz Rotelli (1988 apud BERTUOL, 2007, p.44) ao dizer que ao processo de “desinstitucionalização começa no interior de uma própria instituição e segue para a construção e invenção da instituição no corpo social, o que quer dizer, fora dos muros, na vida social”.

Não somente por isso, os CAPSs, em seus diversos portes, também integram a RAPS, composta de serviços em saúde, cuja maioria é ofertada pelas gestões municipais e em parceria com o Estado a exemplo da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), movimentando um caleidoscópio de ações de diversos entes no cuidado em saúde mental na busca dessa invenção para fora dos muros dos CAPSs.

Os componentes da RAPS, integrantes do SUS, embora sejam amplos e diversificados, possuem diversas particularidades regionais, porém em seu princípio nuclear são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Compor uma RAPS municipal de saúde é operar a capacidade de acompanhar as necessidades de sua população que carece de ajustes nos âmbitos tanto gerenciais quanto assistenciais e colocam na ordem do dia a qualificação e significação de um volume gigantesco de dados produzidos nos serviços, ações e programas executados diariamente pela RAPS.

Em termos comparativos, cito alguns dados estatísticos do CAPS “Braz Fernandes Fontes” relativos ao período de 2011 a 2018, ou seja, desde quando se ensaiava o projeto de implantação deste CAPS no município de Boquim-SE, a fim de exemplificar resultados obtidos com implantação do serviço e complementação da RAPS, na redução de internações decorrentes de transtornos mentais e comportamentais.

No ano de 2012, ocorreram 18 internações motivadas por situações envolvendo transtornos mentais e comportamentais, contra 23 do ano anterior (2011), em que se projetava ainda a instituição de CAPS no território, se pleiteava a habilitação para funcionamento do serviço, como etapa inicial (ver tabela 01).

Tabela nº 01 - Quadro de Internação Hospitalar do SUS por local de residência/ano/CID-

10/Transtornos mentais e comportamentais/CAPS Braz Fernandes Fontes – Boquim/SE/2015-2018

Morbidade hospitalar do SUS por local de residência/ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Internações por faixa etária 01 segundo Capítulo CID 10 V- Transtornos Mentais e Comportamentais	23	18	12	16	23	19	16	10
TOTAL	23	18	12	16	23	19	16	10

Fonte: DATASUS (BRASIL, 2018c). Elaboração própria.

No ano de 2011, a cidade de Boquim contava somente com ambulatório de psiquiatria, Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde, Equipes de Atenção Básica), Atenção de Urgência e Emergência - SAMU 192 e UPA -, Atenção Hospitalar (Serviço Hospitalar de Referência), isto é, uma rede que respondia timidamente às ocorrências agravadas por crises psiquiátricas com encaminhamentos à UPA “Dr. Bernardino Mitidieri,” localizada no próprio município.

Cabe ressaltar, que as internações em decorrência de questões psiquiátricas são sistematizadas por local de residência, identificando os residentes que adentram nos serviços de urgência de todo o Estado. Assim, Boquim e outros municípios, em face da ausência de serviços de referência especializada em saúde mental nos territórios, acabaram demandando internações de forma mais recorrentes, principalmente fora de seus territórios, acarretando um volume de ações hospitalares maior, quando na ausência de CAPS que possibilitem o manejo das crises na localidade.

Pode-se observar, paralelamente, na tabela nº 01 acima, que a formação da RAPS com a chegada do CAPS I “Braz Fernandes Fontes” somente aconteceu em junho de 2012, somando-se aos componentes já existentes no município, ou seja, o CAPS figurou como o último componente da rede a ser instalado na região. Apesar disso, no intervalo de tempo entre os primeiros anos, isto é, 2013 até meados do ano de 2018, conforme dados atualizados, e dada às curvas oscilatórias e ao fato dessas internações corresponderem ao somatório de ações em todo município, inclusive de internações de pessoas que nunca procuraram o CAPS, houve uma queda substancial, mais da metade, no quantitativo de internações decorrentes de problemas associados aos transtornos mentais e comportamentais em um período de 08 anos de inauguração do serviço.

O CAPS de Boquim, nesse período, embora não tenha alcançado o período histórico da RP, em meados dos anos 1970, tiveram pessoas que vivenciaram internações de longa

duração em outros locais, como Aracaju e até outros estados. Em se tratando de serviço territorializado, o CAPS, a princípio, teve seu projeto tecido a partir da movimentação de Equipe de Estratégia da Família (ESF). A RAPS hoje tem se estruturado voltando à atenção para essas equipes de ESF que respondem também pelo processo de integralização da saúde.

Não obstante, a criação do CAPS em alguns municípios de Sergipe complementou a responsabilidade pela assistência em saúde mental no âmbito municipal (SERGIPE, 2014), exigindo por tal compromisso o aprimoramento da RAPS sustentada no modelo assistencial à saúde, com observância das Portarias que instituem estratégias de atenção, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), a exemplo das Portarias GM/MS, n. 336/GM/2002 (BRASIL, 2002) e a GM/MS, n. 3.088/2011 (BRASIL, 2011), que instituem as Redes as quais atualmente os CAPSs são ponto de atenção.

Para compreender o funcionamento dos componentes da RAPS e garantir a integralidade do cuidado nas diversas apresentações clínicas da crise e urgência em saúde mental, é preciso considerar que o modelo de assistência à saúde pautada na promoção da autonomia e corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos, mesmo que de forma mais hegemônica, com o modelo manicomial que disputa espaço na atual conjuntura, mediante a pressão por financiamento de novos leitos, deve ser priorizado enquanto potencial latente para qualidade dos serviços psicossociais.

Haja vista a expansão de a RAPS ser urgente para consolidação dos contributos da Reforma Psiquiátrica é preciso enxergar as possibilidades que as tecituras da Rede exigem para a legitimação do modelo antimanicomial preterido atualmente, sem as quais os objetivos da RAPS não são alcançados. Com isso, a necessidade de criar estratégias de permanente monitoramento da rede de serviços e cumprir um dos objetivos da Atenção Psicossocial, ou seja, a redução das internações necessária na consolidação da rede substitutiva ao modelo manicomial como recurso territorial. Isso se dá também, fazendo uso da tecnologia de referência e contra-referência, assim como a melhoria da qualidade dos serviços ofertados e a resolutibilidade das questões de saúde demandadas através do fortalecimento de uma produção de saúde mental interdisciplinar.

Segundo Last (1988 apud REIS; OLIVEIRA, 2014, p.15) “[...] o monitoramento é importante porque permite a elaboração e análise de mensurações rotineiras, através das quais seja possível detectar mudanças no ambiente ou no estado de saúde de comunidades”. Sabe-se que a saúde mental carece do reconhecimento e da necessidade da articulação e integração entre os pontos de atenção da RAPS e Rede de Urgência e Emergência (RUE), para garantir a integralidade do cuidado na atenção à pessoa em situação de crise e urgência.

Há que se destacar que no âmbito da gestão do processo de trabalho há possíveis explicações para o cumprimento desses objetivos na redução de internações, haja vista a identificação do perfil dos trabalhadores da RAPS, pois alguns casos podem escapar ao conhecimento da Rede como um todo, por dificuldades de interlocução de alguns componentes da RAPS e implicar em recorrentes internações que poderiam ser evitadas.

Como indicadores das amarras ocorridas nos municípios podem estar as dificuldades de articulação e a pouca incorporação das práticas interdisciplinares, que podem ser melhor trabalhadas a partir da elaboração/divulgação de protocolos de práticas e serviços da RAPS e prevenir, inclusive, os erros de referência e contra-referência, por exemplo.

Se por um lado Dimenstein (2006) sinaliza que há um risco real de institucionalização dos CAPSs e da produção de novas cronicidades a partir da retenção de usuários, por outro, isso acontece devido aos modos de gestão resistentes em operar para fora do serviço, em produzir portas de saída e de circulação na Rede. Por conseguinte, de acordo com Barros (2003) apud Dimenstein (2006, p.72), “[...] a cronicidade está nas formas relacionais mediante, (2) a cronicidade dos modos de gestão, dos dispositivos e dos profissionais, refletida pela dificuldade em aliar a discussão clínica à análise dos processos de trabalho e das instituições (ou seja, aliar a clínica à política)”, isso aliada à dificuldade de concatenar a formação permanente às práticas dos serviços, de modo que as marcas da segmentarização, dos especialismos e da centralidade (não territorialização das práticas nos contextos diversos) da formação sejam superadas. Daí algumas perguntas são geradas para constatar o sucesso de uma Rede, a primeira delas: como os usuários serão recebidos lá fora, fora do CAPS? Os profissionais suplantaram os modelos disciplinares ao qual estavam sujeitos na formação acadêmica?

No tipo de serviço ofertado, a saúde mental deve produzir não mercadorias, mas relações sociais e de saúde na busca de melhoria de qualidade de vida. Para tal é preciso estar atento à força motriz dessa produção e reprodução do cuidado, no caso o trabalhador que se implica e é parte essencial nessa relação, isto é, os serviços de saúde devem considerar a importância do trabalhador como elemento crucial na transformação das instituições e do cenário da saúde.

Nos processos de transformação de arranjos que buscam reformular a gestão das instituições de saúde, Campos (2000) mostra através do Método da Roda, conforme Merhy (1997; 2002), que as “tecnologias do cuidado” integram a micropolítica do trabalho vivo em ato para mudar as instituições em saúde a partir da mudança do processo de trabalho, tecnologias essas que ao invés de serem alienantes ajudem, assertivamente na produção de

sujeitos autônomos e na construção de relações eficientes no cotidiano dos serviços (AMORIM, 2008 apud FIALHO, 2015).

Nessa aposta relacional da transformação das instituições e cenários da saúde, cabe destrinchar a importância dessa relação a partir da necessidade de fluxos de funcionamento de serviço que para Franco (2006, p.128 apud FIALHO, 2015, p.46) são de natureza diversa: “[...] operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo”.

Entretanto, duas consequências nefastas contribuíram e ainda contribuem para o comprometimento do funcionamento sistêmico e integrado do SUS: “[...] a precariedade das políticas de pessoal e a inadequação das estratégias de gestão no SUS”. (CAMPOS, 2014, p.17).

Todavia, para a saúde mental a dimensão subjetiva desse fluxo relacional que depende justamente de “pessoal”, torna-se essencial na medida em que se configura sinônimo de boas práticas em saúde, principalmente por conta da questão do vínculo com o usuário, pois é consumo essencial de boa parte do acompanhamento em serviços psicossociais, e acaso não qualifique a intervenção quando necessária, dentre outros fatores, pode desembocar em um sujeito debilitado civilmente em sua autonomia e dificultar a existência do sentido de pertença, onde muitas vezes é lugar que se demonstra e se apreende as relações de confiança que muitos perderam devido aos estigmas, a baixa autoestima, as relações familiares conflituosas e outros aspectos peculiares à vivência com transtorno mental.

Não obstante, o vínculo então se torna o principal meio não somente para trazer à luz as questões do ser adoentado, mas ao conteúdo humano que se dilui na temporalidade e nas urgências nosológicas deste mesmo ser. Não sendo um instrumento representado por máquinas, equipamentos e outros de tecnologia dura, a tecnologia leve é de maior apreciação no trabalho com saúde mental, pois se refere “[...] à dimensão relacional, isto é, lidam eminentemente com a subjetividade, correspondendo às maneiras que cada trabalhador tem para estabelecer o vínculo e demonstrar atitudes de cuidado, acolhimento, diálogo e escuta.” (GODOY, 2014, p.15).

De acordo com os autores Valentini Jr. e Vicente (1996, p. 49-51 grifos nossos), tal dimensão relacional também só é possível no nível macro, dada

A passagem da caridade (negação de direitos) para a solidariedade (o louco enquanto sujeito de direitos) é acompanhada de múltiplas transformações que atingem as representações sociais e os projetos. [...] Com a cidadania, emerge um novo olhar para a subjetividade visto que a singularidade abre a discussão sobre os vínculos, a sexualidade, a expressão, a convivência

familiar e comunitária. Estamos nos aproximando de pensar sobre o direito à ternura (Restrepo, 1995), reconhecendo a importância da afetividade para a saúde mental. [...] O modelo habitual utilizado no manicômio é o *modelo do dano*. A observação, o registro, o diagnóstico e prognóstico centram-se nas falas, nas sequelas, nas dificuldades. [...] Com o conceito de *resiliência*, o modelo deixa de ser o dano e passa a ser o do *desafio*. As considerações sobre os problemas são acompanhadas do reconhecimento de possibilidades de enfrentamento.

Dessa forma, a saúde mental possui uma relação *sui generis* com instrumentos de tecnologia leve, pois permite o desenvolvimento de relações de pertencimento e de acolhimento mediadas pelo vínculo que repercutem na discussão dessa oferta de cuidado como algo estratégico, sem as quais há prejuízos à assistência ofertada.

Nestes mecanismos relacionais, o usuário com transtorno mental é a parte mais fragilizada porque acaba por percorrer toda uma rede de saúde em busca do acesso a vários níveis de atendimento, o que demonstra como se faz necessário o “fazer profissional” estar integrado nos vários serviços de saúde através de saberes diversos na assistência às pessoas com transtornos mentais e/ou em uso e abuso de SPA’s, superando assim os “disciplinarismos”.

Acerca desses “disciplinarismos” podemos lembrar Foucault (apud KHOURY, 1998, p.133) ao afirmar que o poder disciplinar e a institucionalização de diferentes locais da sociedade criam “[...] a figura do especialista envolvido pela aura da competência -, permeia e coloniza a vida social cotidiana, presidida pela lógica capitalista.” Muchail (1998, p.63) elenca como os correlatos no plano das instituições sociais, “[...] as instituições disciplinares – a prisão, a fábrica, a escola, o asilo, os hospitais psiquiátricos, as casas de correção – cuja finalidade não é propriamente a ‘exclusão’ do indivíduo mediante sua ‘reclusão’, mas é, ao contrário, precisamente a sua ‘inclusão’ como indivíduo, isto é, o seu ajustamento, a sua correção, o seu adestramento”. Segundo a autora, estes saberes e instituições estão a serviço da conduta destas pessoas ao cumprimento de normas.

Entender que o CAPS, sendo uma instituição não asilar, não se caracteriza como a única porta de entrada exclusiva para a RAPS, pois opera a partir da Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010) como direção via “integração horizontal”, permitindo aos sujeitos o acesso livre a toda a gama de serviços por várias vias, inclusive pela Atenção Básica, rompendo com a lógica disciplinar, em seu aporte jurídico, a instituição CAPS se elabora a partir de outros princípios norteadores, em meio a uma sociedade democrática. Tal dispositivo assistencial revela, por isso, a necessidade de profissionais com formações sólidas e com domínio de práticas interdisciplinares na vinculação com os usuários, seja no

acolhimento inicial, no acompanhamento ou mesmo na alta para outros serviços e encaminhamentos necessários.

Para aproximar-se melhor da busca de resolução dessas problemáticas, devemos considerar a necessidade do estabelecimento de protocolos no serviço de saúde mental nos municípios, como uma das estratégias para entender os possíveis equívocos que o próprio acesso às consultas/atendimentos na saúde mental acaba revelando e, isso pode ser demonstrado dentre outros fatores pelo pouco manejo com as propostas interdisciplinares, ou seja, o ponto-chave para aperfeiçoamento da RAPS e melhor andamento da gestão e, conseqüentemente, da assistência prestada.

Dessa feita, a questão da interdisciplinaridade aparece como potencial não somente no processo coletivo de trabalho em CAPS, mas em toda a rede que se retroalimenta da unidade CAPS, ao passo que solidifica um protocolo baseado em um manejo interdisciplinar da saúde mental. Desse modo, carece considerar a dinamicidade da ação pleiteada já que: “[...] as questões de gestão, de processo e organização do trabalho e das características da equipe, [implicam] na mobilização dos profissionais não como recursos humanos administrados, mas como agentes de mudança no trabalho vivo, em ato” (CECCIM; MERHY, 2009 apud SANTOS; ARAÚJO *et al.*, 2016, p.28).

1.3. SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL

Segundo Robaina (2010, p. 142), as (os) assistentes sociais estavam em número significativo quando a psiquiatria invadiu o território social, e a tecnologia incluiu as intervenções químicas (injeções de terenbentina, leite...) e físicas (eletrochoques, lobotomia) e o uso de psicofármacos, isto é, quando o projeto higienista ainda não prescindia do asilo.

Para autores como Sabóia (apud BISNETO, 2007, p. 21), os registros que retratam a inserção de assistentes sociais em Saúde Mental no Brasil são de meados de 1946, isto é, nos primeiros 30 anos da profissão a presença destes profissionais não era tão representativa. Explica que isso se deve a própria trajetória da profissão que estaria ligada ao atendimento das classes trabalhadoras que naquele momento se insurgiam requerendo atenção às suas demandas ligadas ao trabalho. A ampliação de espaços profissionais na saúde, de modo geral, deveu-se ao projeto modernizador do pós-1964 e seu projeto reformista. A saúde mental seguiu o mesmo fluxo concernente ao crescimento de serviços e bens no aparato estatal, inclusive com aumento de hospícios, decorrente do incremento na assistência previdenciária e da sua unificação com Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Somente na década de 1970, os assistentes sociais seriam convidados expressivamente e quantitativamente a ingressarem nos serviços - à época os hospitais psiquiátricos -, sob influência de Portarias ministeriais, ligadas à racionalização do então INPS. Segundo Bisneto (2007), ainda na ditadura o grande problema não era a loucura em si, mas os efeitos nefastos das contradições capitalistas que, mais uma vez, marcaram a inserção desses profissionais, repetindo a sua trajetória histórica na lida com a “questão social”. Naquele momento, dentre as requisições desse quadro de ampliação estavam a “[...] atenção ao contexto familiar e social; universalidade da loucura; prevenção primária e comunitária” (SOUZA, 1986, p.31 apud BISNETO, 2007, p.26).

Entretanto, Bisneto (2007, p.30) afirma que apesar dessas considerações quanto à linha de atuação profissional, a profissão no âmbito da saúde mental seguiu o mesmo curso histórico no Brasil, porém ao ter garantida a inserção no universo da saúde mental, houve lacunas quanto à apropriação de questões metodológicas nessa área, pois

[...] não foi dada ênfase ao avanço de pesquisas no campo da Saúde Mental durante o Movimento de Reconceituação e na fase seguinte, o Debate Contemporâneo, em parte pelo predomínio do marxismo nas principais escolas de Serviço Social do Brasil que tinham pós-graduação e pesquisa. Nesses locais a ênfase em pesquisa foi, por exemplo, em movimentos sociais, políticos sociais ou o estatuto profissional, que eram aspectos de sua pauta principal.

Como resultado disso, a profissão ampliou-se em meados dos anos 1970, mas com pouco espaço para articulação entre a sua história nesse constructo social, as teorias psicossociais, as novas práticas, ou seja, sem que fosse elaborada “[...] uma proposta de sistematização da sua prática na Saúde Mental, além daquelas já preconizadas pelo Serviço Social clássico [...]” (BISNETO, 2007, p.49), recaiu também na Saúde Mental, os aspectos absorvidos pela profissão tais quais: o trefismo, o voluntarismo, fatalismo, subalternidade, alienação, entre outros.

No contexto de origem da Reforma Psiquiátrica, em que militantes das várias correntes de psiquiatrias e psicologias alternativas se reuniram no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, dos anos 1970 para anos 1980, muitas forças incidiam no Brasil. A disputa em torno das correntes teóricas que polarizavam a psiquiatria se dividia entre

[...] uma psiquiatria tipo problema-solução, com ênfase na causalidade linear da loucura (psiquiatria tradicional), e uma psiquiatria que vive dialeticamente as contradições da realidade, que recusa as soluções puramente técnicas do problema mental, e que tem de ser política, principalmente as correntes psiquiátricas que põe xeque as próprias instituições manicomiais, a desapropriação e a violência perpetrada por elas. (BISNETO, 2007, p.32, grifos do autor).

Dessa prevalência, surge a psiquiatria comunitária e o deslocamento da doença mental para a saúde mental, e todos poderiam ser técnicos em saúde mental. A nova forma de compreensão envolvia a ênfase no poder de trocas e a atenção psicossocial, evidenciou o *locus* onde também vai se inserir o Serviço Social, posto que ali permaneceriam as contradições do sistema capitalista e as diversas expressões da “questão social”. Robaina (2010, p.143) nos lembra algo importante quanto a atenção psicossocial, pois

[...] o campo da atenção psicossocial aqui é entendido como o plano que envolve as questões de assistência, moradia, trabalho cidadania [...] relativos aos usuários dos serviços de saúde mental, que não pode ser confundido com paradigma psicossocial onde é atribuída ao assistente social a prática de terapias. Há que se distinguir o campo do modelo.

No caso do Serviço Social, duas matrizes de atuação balizam as (os) assistentes sociais na saúde mental. Uma se refere à identificação desses profissionais com a atividade “clínica”, num lugar de subordinação às ciências *psi*, o que comprometeria a riqueza do saber profissional no preenchimento da lacuna da Reforma Psiquiátrica, deixando órfão alguns de seus princípios, ao tomar para si como objeto enfoques subjetivos, em detrimento da “questão social”. E a outra matriz que defendia preservar a identidade profissional, sem negar a interdisciplinaridade considerando suas contribuições para o universo teórico-prático. O fazer “Serviço Social *na* clínica” (ROBAINA, 2010, p.144-149).

Cabe destacar que a produção em saúde, de modo geral, ganhou novos contornos que incluíam profissionais aptos a intervir nas expressões da chamada “questão social”. Algumas práticas utilizadas nessas intervenções são relatadas por autoras como Yazbek (1990) ao falar das demandas e particularidades do trabalho profissional na sociedade brasileira, explicando que na divisão social do trabalho, a atuação socioeducativa dos assistentes sociais junto às classes subalternas, existe desde a emergência dessa profissão.

Na área da saúde mental, as (os) assistentes sociais devem se utilizar dos conhecimentos particulares e evidenciar o caráter coletivo da profissão na sua especialização do trabalho, sem perder de vista, o caráter histórico e mutável da profissão devido os contornos da “questão social”. O Serviço Social vem sendo condicionado na contemporaneidade pelas novas demandas, desafios e competências ao lado de velhas práticas que persistem, lembra Iamamoto (1998 apud YAZBEK, 1999).

Trata-se, pois, de uma atuação em permanente reelaboração diante do movimento que cria as condições para a reprodução da sociedade de classes, e cria e recria, ao mesmo tempo, os conflitos resultantes dessa relação. (YAZBEK, 1999). Portanto, é uma atuação que não se encontra destituída da correlação de forças em disputa de forma endógena à profissão, mas também em relação ao nível de complexidade que a saúde mental envolve.

No panorama atual, é preciso compreender a particularidade do Serviço Social na saúde mental, pois inicialmente se projetou com a implantação do INPS e agora com o SUS, devido ao seu caráter histórico no desenho institucionalizado da Constituição Federal de 1988, no quesito da seguridade social. Além disso, há uma estratificação e hierarquização de serviços diferenciados ao qual o Serviço Social opera, cujo reflexo também se dá devido à modernização da assistência médica frente ao capital monopolista, isto é, a profissão mesmo atuando nessa teia de relações permeada pela Reforma Psiquiátrica, não é mola propulsora das transformações pelas quais passa a saúde mental nestas décadas.

Bravo (1996 apud BRAVO, 2009, p. 200-204) lembra que nos Centros de Saúde os assistentes sociais não teriam sido absorvidos até meados dos anos de 1975, havendo por isso um “[...] descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde”. Apesar disso, Bravo (2009) situa o confronto do projeto profissional hegemônico do Serviço Social tecido na década de 1980 com o neoliberalismo da década de 1990 e a Reforma Sanitária. Isso significou para o Serviço Social seu equacionamento entre duas perspectivas:

[...] privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através do aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo; e outro projeto o da reforma sanitária que o solicitou para: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, *interdisciplinaridade*, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. (BRAVO, 2009, p.206 grifos nossos).

No que tange à interdisciplinaridade enquanto requisição do projeto da Reforma Sanitária citada por Bravo, percebe-se que esta forma de abordar o sujeito na saúde ganha força após a Reforma Psiquiátrica com o advento do equipamento territorial do CAPS, que nasce exigindo composições multiprofissionais (mínimo de 05 de nível superior), ações em grupo, estímulo à participação cidadã dentre outros. O desafio em meio ao projeto sanitário é justamente conhecer o trabalho que se desenvolve no CAPS, cujos grupos de profissionais possuem diversos arranjos dentre várias profissões da saúde, inclusive os (as) assistentes sociais.

**CAPÍTULO 2 - O SERVIÇO SOCIAL NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL:
TRABALHO INTERDISCIPLINAR E A QUESTÃO DE CAMPO E NÚCLEO.**

Neste capítulo abordaremos sobre a inserção do Serviço Social na reabilitação psicossocial, bem como o trabalho interdisciplinar e suas dimensões de Campo e Núcleo no interior dos CAPSs.

O CAPS como constructo social que é expressa relações de trocas estabelecidas por vários entes sejam: usuários, familiares, profissionais, agentes públicos, instituições, sendo estes catalizadores no movimento da teia de possibilidades de cada serviço. Partindo dessa realidade é necessário entender o CAPS e os princípios referentes à Reforma Psiquiátrica como norteadores da dinâmica cotidiana de cada serviço, considerando desde a ambiência, as relações estabelecidas com o SUS, até a imagem do serviço na localidade onde está fixado. Alguns serviços possuem fluxogramas de funcionamento que organizados a partir da dos processos de trabalho demonstram os modos mais ou menos afinados com a Reforma Psiquiátrica quando publicizados e rediscutidos dentre as necessidades periódicas de cada serviço.

Entretanto, o processo de trabalho por ser mais amplo e considerar a demanda agregada de pelo menos cinco profissões de nível superior, exige um caminho do (a) assistente social de intensa reflexão teórica que transborde a sua dimensão nuclear, isto é, sua especificidade, para compreender como o Serviço Social e suas demandas, rotinas e atividades podem ser incluídas no rol de ideias possíveis. Sabe-se que a profissão alcançou sua maturidade a partir de muitas dimensões inerentes a sua condição sócio-histórica, amalgamada pelos contextos internos de seu desenvolvimento como profissão, como também dos movimentos societários que reconheceram a profissão como necessária para a reprodução capitalista.

Todavia, conforme Vasconcelos (2012) a conformação da prática profissional reúne um arsenal de vias necessárias para o estabelecimento da profissão no cotidiano dos serviços, mais particularmente na saúde, sejam estes os plantões, programas, projetos, participação em Conselhos, seus instrumentos, procedimentos, o trabalho em equipe multiprofissional, a organização documental, sistematização do trabalho, planejamento, supervisão de estagiários, autonomia profissional, dentre outros componentes.

Considerando o escopo da pesquisa quanto ao universo profissional do (a) assistente social em CAPS tipo I, é necessário trazer luz aos arranjos profissionais existentes nestes estabelecimentos, uma vez que os CAPSs exigem em sua composição uma equipe técnica mínima, conforme a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, (BRASIL, 2002), de 09 (nove) trabalhadores, sendo 05 (cinco) de nível superior. Destes, dois são obrigatórios: 01 (um) profissional da medicina, psiquiatra ou com formação em saúde mental e 01 (um) da

área de enfermagem. Para complementar, podem ser absorvidos mais 03 (três) profissionais oriundos das seguintes áreas: Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, Educação Física, Pedagogia, Farmácia e outras previstas na Resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 287, de 08 de outubro de 1998.

O trabalho a ser desenvolvido por estes profissionais depende do Projeto Institucional de cada CAPS, mas responde por uma produção de registro padronizada em todo país, através da Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012a), baseando-se numa tabela de procedimentos de Registro de Ações Ambulatoriais (RAAS¹⁰) e, na sequência numa tabela que esboça o Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPA-I¹¹) e Consolidado (BPA-C¹²), conforme constam nas tabelas 02 e 03, a seguir (BRASIL, 2012b).

Tabela nº 02 – Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	INSTRUMENTO DE REGISTRO	NOME DO PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CBO
03.01.08.019-4	RAAS	ACOLHIMENTO DIURNO	Ação de hospitalidade diurna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular, que recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, que vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimentos decorrentes de transtornos mentais – incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias,	(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505, (Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545, (Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Agente de Ação Social) 515310, (Educador Social) 5153-05, (Auxiliar de Enfermagem) 322230, (Técnico de Enfermagem) 322205, (Artesão) 7911*, (Pedagogo) 239415, (Cuidador em Saúde) 516220

¹⁰ Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, com um formulário próprio para a atenção psicossocial: cuidado direto dos usuários do serviço e/ou seus familiares dentro ou fora da unidade, após ingresso no serviço – 1 RAAS por usuário;

¹¹ Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – 1 procedimento – acolhimento inicial por CAPS;

¹² Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – ações institucionais e de articulação e sustentação de redes de cuidado – 1 BPA/C por CAPS com diversos procedimentos (ex: fortalecimento dos usuários, matriciamento).

			limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência - e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.	
03.01.08.003-8	RAAS	ACOLHIMENTO EM TERCEIRO TURNO	Consiste no conjunto de atendimentos desenvolvidos no período compreendido entre 18 e 21 horas.	(Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545, (Terapeuta Ocupacional) 223905, (Agente de Ação Social) 515310, (Educador Social) 515305, (Auxiliar de Enfermagem) 322230, (Técnico de Enfermagem) 322205, (Artesão) 7911*
03.01.08.002-0	RAAS	ACOLHIMENTO NOTURNO DE PACIENTE	Ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência, e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações	(Auxiliar de Enfermagem) 322230, (Técnico de Enfermagem) 322205

			interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. Não deve exceder o máximo de 14 dias.	
03.01.08.020-8	RAAS	ATENDIMENTO INDIVIDUAL	Atendimento direcionado à pessoa, que comporte diferentes modalidades, responda às necessidades de cada um - incluindo os cuidados de clínica geral -que visam à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derivam, promovam as capacidades dos sujeitos, de modo a tornar possível que eles se articulem com os recursos existentes na unidade e fora dela.	(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505, (Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545, (Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Agente de Ação Social) 515310, (Educador Social) 5153-05, (Auxiliar de Enfermagem) 322230, (Técnico de Enfermagem) 322205, (Artesão) 7911*, (Pedagogo) 239415, (Cuidador em Saúde) 516220
03.01.08.021-6	RAAS	ATENDIMENTO EM GRUPO	Ações desenvolvidas coletivamente que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitem experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.	(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505, (Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545, (Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Agente de Ação Social) 515310, (Educador Social) 5153-05, (Auxiliar de Enfermagem) 322230, (Técnico de Enfermagem) 322205, (Artesão) 7911*, (Pedagogo) 239415, (Cuidador em Saúde) 516220

03.01.08.022-4	RAAS	ATENDIMENTO FAMILIAR	Ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, sejam elas decorrentes ou não da relação direta com os usuários, que garanta a corresponsabilização no contexto do cuidado, propicie o compartilhamento de experiências e informações com vistas a sensibilizar, mobilizar e envolvê-los no acompanhamento das mais variadas situações de vida.	(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505, (Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545, (Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Agente de Ação Social) 515310, (Educador Social) 5153-05, (Auxiliar de Enfermagem) 322230, (Técnico de Enfermagem) 322205, (Artesão) 7911*, (Pedagogo) 239415, (Cuidador em Saúde) 516220
03.01.08.024-0	RAAS	ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES E /OU FAMILIARES	Atenção prestada no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento, que vise à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derive, que garanta a continuidade do cuidado. Envolve ações de promoção, prevenção e assistência.	(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505, (Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545, (Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Agente de Ação Social) 515310, (Educador Social) 5153-05, (Auxiliar de Enfermagem) 322230, (Técnico de Enfermagem) 322205, (Pedagogo) 239415, (Cuidador em Saúde) 516220
03.01.08.027-5	RAAS	PRÁTICAS CORPORAIS	Estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora e os aspectos somáticos e posturais da pessoa, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia,	(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505, (Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545, (Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Agente de Ação Social) 515310, (Auxiliar de

			promoção e prevenção em saúde.	Enfermagem) 322230,(Técnico de Enfermagem) 322205, (Pedagogo) 239415,(Cuidador em Saúde) 516220
03.01.08.028-3	RAAS	PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS	Estratégias ou atividades dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e utilização de processos promotores de novos lugares sociais e inserção no campo da cultura.	(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505, (Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545,(Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Agente de Ação Social) 515310, (Educador Social) 5153-05, (Auxiliar de Enfermagem) 322230,(Técnico de Enfermagem) 322205, (Artesão) 7911*, (Pedagogo) 239415,(Cuidador em Saúde) 516220
03.01.08.029-1	RAAS	ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	Ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família e favoreçam a	(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505, (Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545,(Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Agente de Ação Social) 515310, (Educador Social) 5153-05, (Auxiliar de Enfermagem) 322230,(Técnico de Enfermagem) 322205, (Artesão) 7911*, (Pedagogo) 239415,(Cuidador em Saúde) 516220

			construção e a preservação de vínculos.	
03.01.08.034-8	RAAS	AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	Ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.	(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505, (Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545, (Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Musicoterapeuta) 223915, (Agente de Ação Social) 515310, (Educador Social) 5153-05, (Auxiliar de Enfermagem) 322230, (Técnico de Enfermagem) 322205, (Artesão) 7911*, (Pedagogo) 239415, (Cuidador em Saúde) 516220
03.01.08.035-6	RAAS	PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE	Acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana - casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propicie a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação e redes sociais e sua autonomia.	(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505, (Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545, (Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Musicoterapeuta) 223915, (Agente de Ação Social) 515310, (Educador Social) 5153-05, (Auxiliar de Enfermagem) 322230, (Técnico de Enfermagem) 322205, (Artesão) 7911*, (Pedagogo) 239415, (Cuidador em Saúde) 516220

Tabela nº 03– Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	INSTRUMENTO DE REGISTRO	NOME DO PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CBO
03.01.08.031-3	BPA CONSOLIDADO	AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS	<p>Conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada inter e intrasetorialmente, que buscam minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliam cuidado e acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde. Voltadas, sobretudo à busca ativa e ao cuidado de pessoas com dificuldade para acessar serviços, em situação de alta vulnerabilidade ou risco, mesmo que não se proponham a reduzir ou deixar o uso de substâncias psicoativas.</p>	<p>(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505, (Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545, (Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Agente de Ação Social) 515310, (Educador Social) 5153-05, (Auxiliar de Enfermagem) 322230, (Técnico de Enfermagem) 322205, (Artesão) 7911*, (Pedagogo) 239415, (Cuidador em Saúde) 516220</p>
03.01.08.032-1	BPA CONSOLIDADO	ACOMPANHAMENTO DE SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO POR CAPS	<p>Suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e desenvolvimento de ações</p>	<p>(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505, (Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545, (Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Agente de Ação Social) 515310, (Educador Social) 5153-05, (Auxiliar de Enfermagem) 322230, (Técnico de Enfermagem) 322205, (Pedagogo) 239415, (Cuidador em Saúde)</p>

			intersetoriais, e vise à produção de autonomia e reinserção social.	516220
03.01.08.033-0	BPA CONSOLIDAD O	APOIO À SERVIÇO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO POR CAPS	Apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e ações intersetoriais e que favoreça a integralidade das ações.	(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505, (Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545, (Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Agente de Ação Social) 515310, (Educador Social) 5153-05, (Auxiliar de Enfermagem) 322230, (Técnico de Enfermagem) 322205, (Pedagogo) 239415, (Cuidador em Saúde) 516220
03.01.08.030-5	BPA CONSOLIDAD O	MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA	Apoio presencial sistemático às equipes de atenção básica que ofereça suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e responsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.	(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505, (Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545, (Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Pedagogo) 239415, (Cuidador em Saúde) 516220
03.01.08.039-9	BPA CONSOLIDAD O	MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS PONTOS	Apoio presencial sistemático às equipes dos	(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505,

		DE ATENÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA	pontos de atenção da urgência e emergência, incluindo upa, samu, salas de estabilização, e os serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas que ofereça suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cointegração e responsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.	(Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545, (Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Pedagogo) 239415, (Cuidador em Saúde) 516220
03.01.08.025-9	BPA CONSOLIDADO	AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTERSETORIAIS	Estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.	(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505, (Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545, (Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Agente de Ação Social) 515310, (Educador Social) 5153-05, (Auxiliar de Enfermagem) 322230, (Técnico de Enfermagem) 322205, (Artesão) 7911*, (Pedagogo) 239415, (Cuidador em Saúde) 516220
03.01.08.026-7	BPA CONSOLIDADO	FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO	Atividades que fomentem a participação de	(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505,

		DE USUÁRIOS DE CAPS E SEUS FAMILIARES	usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos, a apropriação e a defesa de direitos, e a criação de formas associativas de organização.	(Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545, (Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Agente de Ação Social) 515310, (Educador Social) 5153-05, (Auxiliar de Enfermagem) 322230, (Técnico de Enfermagem) 322205, (Artesão) 7911*, (Pedagogo) 239415, (Cuidador em Saúde) 516220
03.01.08.023-2	BPA INDIVIDUAL	ACOLHIMENTO INICIAL	Consiste no primeiro atendimento ofertado pelo CAPS para novos usuários por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território. O acolhimento consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.	(Médico residente) 2231F9, (Médico) 2251*, (Enfermeiro) 23505, (Terapeuta Ocupacional) 223905, (Psicólogo Clínico) 251510, (Psicólogo Social) 251530, (Neuropsicólogo) 251545, (Fonoaudiólogo) 223810, (Assistente Social) 251605, (Agente de Ação Social) 515310, (Educador Social) 5153-05, (Auxiliar de Enfermagem) 322230, (Técnico de Enfermagem) 322205, (Pedagogo) 239415, (Cuidador em Saúde) 516220

Fonte: Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Elaboração própria.

Todos esses procedimentos referidos nas tabelas acima correspondem a um formato padronizado de ações possíveis nos CAPSs em todo o país, respeitando as particularidades dos processos de trabalho de cada serviço, seja ele qual for a sua tipologia, e também os profissionais e suas várias equipes compostas, que se formam de acordo com oferta das áreas de atuação na localidade dos serviços, da demanda institucional, dos atrativos salariais, do

reconhecimento social, entre outros fatores que demarcarão cada CAPS e sua estruturação multiprofissional.

O que de fato se percebe nesse cenário atravessado por muitas variáveis é que o Serviço Social tem sido requisitado para colaborar no processo de reabilitação psicossocial em todos os procedimentos mencionados acima, mesmo não sendo profissão obrigatória na estruturação de serviço, ou seja, disputa lugar na equipe mínima com outras profissões, e exatamente num serviço determinado pela dimensão substitutiva ao modelo manicomial, tem sua avaliação e filosofia calcada na atenção psicossocial.

A exigência de entrada nestes serviços passa não somente pela função diagnóstica, mas por um singular formato de inserção no cotidiano das políticas de saúde, cujo ingresso é determinado pela avaliação psicossocial do usuário do SUS, revelando uma peculiar situação na cena das políticas sociais brasileira no que toca à noção ampliada de saúde e sua operacionalização efetiva, em procedimentos norteadores de reabilitação psicossocial como os acima problematizados.

2.1. A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A conceituação do termo “reabilitação psicossocial” é ampla e demonstra, por si mesmo, estudos em torno de valorações sociais que mudam nos tempos em que é aplicada, sofrendo consequentemente, inúmeras interferências de saberes diversos para sua cristalização.

Para alguns autores tratar sobre reabilitação psicossocial no contexto brasileiro é difícil, pois se trata de um conjunto de práticas e ações disponibilizadas no contexto do tratamento, que têm por objetivo promover a recuperação da pessoa que apresenta algum transtorno mental, uma vez que, segundo Saraceno (1996 apud GUERRA, 2004, p. 86), “é uma prática, neste momento, sem teoria”.

Nesse sentido, autores como Martinelli (1998, p.147 grifos da autora) pontuam que “[...] não há prática pronta, como também não há prática neutra: *sua produção como teoria em movimento é um ato coletivo, político, uma ação cooperativa e complementar entre sujeitos sociais, sejam eles agentes ou usuários institucionais.*”.

Apesar disso, a relação entre Campo e Núcleo é compreendida segundo a eficácia da reabilitação psicossocial, pois prescinde de algumas conceituações que Campos (2000, p. 220) revela da seguinte forma: “O núcleo demarcaria uma área de saber e de prática profissional e o campo um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.”

Sabemos que são muitos os profissionais na saúde - atualmente 14 profissões¹³ (BRASIL, 1998) - dentre elas o Serviço Social, havendo espaços nos processos de trabalho aos quais os (as) assistentes sociais interagem, porém, “[...] ainda não existem profissões, não existem estamentos profissionais ou sociais que detenham a reabilitação psicossocial, ninguém sabe fazer reabilitação psicossocial, cada um de nós sabe um pedaço deste processo complexo e multifacetado” (BERTOLOTE apud BONADIO, 2010, p. 15).

Assim como Bonadio resgata acerca desses “pedaços” que complexificam o processo de trabalho que não está sob domínio de nenhuma área específica, Fazenda (1994, p.86-89, grifos nossos) revela sobre a postura diante dessa complexidade, que requer interdisciplinaridade:

[...] a premissa que mais fundamentalmente predomina é a do respeito ao modo de ser de cada um, ao caminho que cada um empreende em busca de sua autonomia – portanto, concluímos que a *interdisciplinaridade* decorre mais do encontro entre indivíduos do que entre disciplinas. [...] uma atitude *interdisciplinar* se identifica pela ousadia da busca, da pesquisa, da transformação [...] A ação política assegurada contra a irrepreensível contingência do real.

O interesse na discussão do conceito de interdisciplinar reside no fato de estar no bojo do processo de trabalho de um CAPS, seja qual for o porte e o tipo, pois nas cenas diárias de trabalho com usuários da política de saúde Mental, estão os princípios mais caros à Reforma Psiquiátrica, sejam eles: autonomia, contratualidade, liberdade, cidadania dentre outros. Nessa medida, refletir sobre esse conceito baliza todo o objetivo das trocas cotidianas dos sujeitos envolvidos na atenção psicossocial.

Em qualquer local onde um CAPS esteja funcionando, é necessário essa reflexão, sob pena de engessar o movimento dinâmico da vida social. Atravessada por inúmeras variáveis, a vida social exige formas e estratégias singulares de enfrentamento, não só passível de construir a reabilitação psicossocial de cada sujeito, mas como tais formas e estratégias respondem também por um “chão” de probabilidades teóricas cumulativas que capitaneiam na saúde mental o papel dos CAPSs na construção de modos societários, processos de trabalho e gestão pública de recursos humanos, bem como das identidades/autoimagem profissionais.

¹³ Resolução CNS nº 287, de 08 de outubro de 1998. “Relacionar as seguintes categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho: 1. Assistentes Sociais; 2. Biólogos; 3. Biomédicos; 4. Profissionais de Educação Física; 5. Enfermeiros; 6. Farmacêuticos; 7. Fisioterapeutas; 8. Fonoaudiólogos; 9. Médicos; 10. Médicos Veterinários; 11. Nutricionistas; 12. Odontólogos; 13. Psicólogos; e 14. Terapeutas Ocupacionais.”

Contextualizando historicamente o conceito de reabilitação, observa-se que ele surgiu ainda nos Estados Unidos na década de 1940, vinculado com ações de capacitação, trabalho protegido, oficinas protegidas, moradias ou alojamento e que contou com a iniciativa de assistentes sociais voluntárias, que desenvolviam seus trabalhos numa espécie de “clubes social” paralelo aos centros de saúde mental, estes de caráter mais clínico. Já os clubes não contavam com direção médica determinada e eram mantidos por entidades privadas, se assemelhavam aos grupos de autoajuda dos Alcoólicos Anônimos (A.A). (DESVIAT, 1999, p.93-94).

No entanto, mesmo a realidade brasileira exigiu experiências diversas que mobilizaram uma teia de modelos diferentes. No seu contexto percebeu-se, dadas às diferenciações de modelos, atentar-se para a reabilitação como

[...] uma necessidade ética, uma exigência ética. [...] Todos têm o direito e o dever de estarem envolvidos na discussão sobre o que é reabilitação, o que é reabilitar? [...] isso não é uma tecnologia, isso é uma abordagem [...] um processo de reconstrução do exercício pleno da cidadania e, também da plena contratualidade nos três grandes cenários: hábitat, trabalho e rede social (SARACENO, 1996, p.13-8).

Para Kinoshita (1996, p.57) a restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia está na “[...] capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas.”

No cerne da questão da autonomia surgem outros dados que não poderemos aprofundar, acerca das contraposições teóricas em torno desse conceito, porém podemos partir de uma concepção que considerando alguns elementos como os sujeitos, os contextos, os serviços e os recursos, pode-se questionar: onde se dá a contramão da pessoa com transtorno mental e a sua capacidade de enfrentar tantas variáveis diante de uma quebra da realidade de um surto psicótico? Voltaria a ser a mesma pessoa, ainda que orquestrada pela ética da reabilitação psicossocial?

Considerando os aportes psicanalíticos, orgânicos ou mesmo individuais, sabemos que dialeticamente uma pessoa sofre transformações diárias, e sob efeito de fatores biopsicossociais precisa estabelecer trocas sociais para se relacionar com o seu entorno. Então, o paradigma urge a ampliação e conformação da necessidade de uma rede de possibilidades que não passam somente pela autonomia, mas pela participação desses sujeitos,

levando a crer que se trata de produzir novas formas de se relacionarem participando dos diversos espaços societários que vivem.

A perspectiva, dessa forma, é dar vez e voz ao sujeito que direciona o tom de sua existência e termina por ser o demandante de metodologias de manejo, que nem sempre irão coincidir com as expectativas individuais, familiares, profissionais e sociais, mas válidas exatamente por emergir desses novos esquemas de existência.

Não por acaso, Goldberg (1996, p.39) explica que a existência desses sujeitos perpassa pelo tratamento desses pacientes e

[...] requer um projeto individualizador que não perca de vista a noção de conjunto, devendo demonstrar-se atento ao tempo de cada um, com perspectivas de possibilitar ao longo do processo o aumento de seu coeficiente de autonomia, de escolha. Há muitas maneiras de se abordar tal questão, e elas dependem do perfil dos profissionais que trabalham, das características físicas e institucionais do local, da cultura regional, da vontade política e principalmente deste dado incógnito, que é a resposta dos usuários.

Nesse sentido, recorrer à capacidade interdisciplinar das atividades e a riqueza trazida pelo usuário em sua trajetória muitas vezes marcada por estigmas, isolamento social, abandono familiar, baixa escolaridade, dentre tantas outras expressões da questão social presentes nos serviços psicossociais é recorrer a um *continuum*, cuja previsão de resultado positivo ou negativo não está dada, mas é acompanhada, daí a natureza continuada destes serviços.

Se pudéssemos trazer num gráfico a relação entre os graus de autonomia e a intensidade do investimento institucional em um sujeito com transtorno mental, os eixos teriam abcissas proporcionalmente crescentes e inversas, conforme escreve Goldberg (1996, p.44):

[...] Um paciente com autonomia baixa vai necessitar muito de investimento institucional – pode exigir, por exemplo, quase todos os dispositivos do serviço, vir diariamente à instituição, participar de grupos, receber visitas domiciliares, acompanhamento terapêutico e outros. Já um paciente com autonomia alta, mas com problemática intermitente, pode manter-se bem com medicação e terapia grupal. Não faria sentido ele acorrer diariamente à instituição, pois consegue ter um desempenho grande na instância social.

Não obstante, Guerra (2004, p.8-9), a partir de Viganò (1997; 1999), traz a compilação de alguns modelos que podem contribuir para clarificar os “solos” da reabilitação psicossocial desses sujeitos,

[...] 1) os modelos psicoeducativos – são calcados na aprendizagem de habilidades e manutenção de repertórios de comportamentos e respostas que facilitem a adequação entre indivíduo (doente), família e comunidade, com vistas ao restabelecimento de um estado de equilíbrio. Nos diferentes

modelos (Antony, Parkas, entre outros) as ações incidem ora sobre o indivíduo, ora sobre a família, ora sobre a interação dos dois elementos, conforme a leitura da patologia esteja associada a distúrbios de comportamento do primeiro ou à inadequação da família em lidar com estes. 2) Os modelos sociopolíticos ou críticos – consideram os manuais de reabilitação como dependentes de variáveis reais – sociais e políticas –, tais que os sujeitos, os serviços, os contextos e os recursos disponíveis, sabendo-se, de antemão, que são as culturas locais e as disponibilidades reais dos atores e dos recursos os indicadores para a leitura e interpretação dos diferentes modelos de diagnóstico, medicação, tratamento e reabilitação. Ou seja, para além dos manuais, o que determinaria a intervenção seriam as realidades locais. Sustentam, além disso, a necessidade de se considerar várias redes na intervenção. [...] Destaca-se nesse modelo a dimensão política e social do processo reabilitador, orientada pela idéia de uma cidadania possível na psicose, sendo esse processo pensado em termos do aumento da capacidade contratual de cada sujeito. 3) Os modelos de orientação clínica – a proposta de se orientar pela clínica implica uma crítica radical aos modelos psicoeducativos dada sua proposta homogeneizante e generalizada de intervenção e sua finalidade de remissão de sintomas e comportamentos tomados como “inadequados”. E, por outro lado, aproxima-se dos modelos sociopolíticos, em sua intencionalidade de retomada da vida pública a partir do campo de possibilidades de cada sujeito. Parte do pressuposto de que há uma dimensão particular, única e irredutível de inscrição do sujeito na linguagem e na cultura, com desdobramentos sobre seu modo de estar no mundo, bem como aposta na implicação do sujeito nas respostas que constrói, seja por quais vias for. Trabalha, pois, de um lado, com a singularidade do sujeito e, conseqüentemente, das intervenções, e, de outro, com a responsabilização do sujeito pelas respostas que apresenta.

Entretanto, a reabilitação psicossocial entra num vórtice de trazer à tona a realidade, tal qual ela é, em meio ao mundo padronizado dos comportamentos esperados, torna um componente capaz de traduzir-se em experiências societárias que antes sendo de tolerância, são capazes de se traduzir em algo até mesmo civilizável, mostrando a capacidade humano-genérica de livrar-se de estereótipos, ao questionar e colocar no lugar outra coisa, ainda que não somente organizada, mas que nos imprima modos de serem conhecidos ou não, mas aceitos talvez.

Não por acaso, nos alerta Severino (1998, p.51) que

[...] a mesma atividade da consciência subjetiva, produtora do saber, que é o lugar privilegiado da alienação, deixando-se levar facilmente pelo enviesamento ideológico, é também o instrumento qualificado para a libertação dessa alienação, pela crítica que pode fazer aos discursos do poder social e pela denúncia que pode apresentar contra esse enviesamento. É que, no tecido social em que se realizam as relações histórico-sociais dos homens, os interesses reais daqueles que dominam acabam impondo também seus valores, e esses interesses/valores intervêm e interferem na atividade cognoscitiva e valorativa da consciência. É para legitimar determinadas relações de poder que a consciência apresenta como objetivas universais e necessárias algumas representações que, na realidade social, referem-se de fato a interesses particulares.

É assim que Saraceno (1996, p.17), ao se referir às dimensões dessa mesma realidade, clarifica alguns aspectos dessa consciência objetiva tomada não somente pelos que sofrem a reabilitação psicossocial, como também os que a executam, em meio às variáveis

[...] que se distribuem em dois grandes extremos: um micro e um macro. O micro está no nível da afetividade, da continuidade, é o real vínculo paciente-profissional, ou seja, o gasto de tempo, energia, afetividade, etc. que se tem nesta relação. Por outro lado há o macro, isto é, a maneira como o serviço está organizado, se está aberto 24h ou 12h, se está aberto à comunidade, se ele tem a aprovação de seus usuários, se satisfaz minimamente às pessoas que atende e, também, aos profissionais que nele se inserem, se ele se utiliza de recursos vindos da comunidade, ou somente recursos institucionais.

Na visão de Pitta (1996, p. 21-24 grifos da autora) “[...] *Reabilitação Psicossocial* é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados”. Para ela, estes cuidados, muitas vezes, têm como indicador positivo no âmago da reabilitação e seus projetos, dentre outros marcadores, a inserção no mercado de trabalho, ou seja, aptidão ao trabalho, formal ou não. Este seria um marcador global e pouco diferenciado das demais necessidades do conjunto da população, mas que necessitam respostas personalizadas dentro desse contingente de “rejeitados”, aos quais as pessoas com transtornos mentais, como assim chamamos, requisita.

Por outro lado, conclui Marques (1996, p.106) reabilitação é um processo que

[...] visa minimizar os efeitos negativos dos relacionamentos dinâmicos entre fatores biológicos, psicológicos, funcionais e ambientais e maximizar as habilidades e potenciais latentes da pessoa. A meta, a longo prazo, é ajudar a pessoa a viajar através da doença com um mínimo de custo e um máximo de benefício pessoal, particularmente em termos de adquirir um ótimo nível de funcionamento e bem estar, mesmo que a doença tenha um curso de deterioração.

Nessa perspectiva aberta, Martinelli (1998, p.145) traz a reflexão acerca do movimento do real “[...] temos de aprender a dialogar, é em direção a ele que precisamos lançar o nosso olhar, aguçar a nossa razão, estimular a nossa consciência crítica, de forma a poder desvendá-lo, lançando as raízes da possibilidade da construção de práticas sociais múltiplas, plurais, capazes de contribuírem efetivamente para a produção do novo”.

Portanto, assim como os precursores da Reforma Psiquiátrica, a exemplo de Basaglia que nos lembrou de colocar a doença entre parênteses, é necessário reconhecer que o mesmo sujeito rotulado de doente mental ou “louco” ao viver danos, muitas vezes irreversíveis, tem como sua pedra de toque o âmbito que oscila entre o universo singular vivido e o que deixou de viver, não somente como condição a ser recuperada, pura e simplesmente, mas como nos

alerta Bertolote (apud BONADIO, 2010, p.156) por serem “[...] degradadas na escala social, perdem vantagens, perdem privilégios e o processo de Reabilitação Psicossocial, como nós o entendemos, é a restituição plena dos direitos, das vantagens, das posições que estas pessoas tinham ou poderiam vir a ter, se lhes fossem oferecidas outras condições de vida, nas quais as barreiras fossem atenuadas ou desaparecessem”.

Contudo, em que pese diferenças conceituais sobre a reabilitação psicossocial, devemos lembrar que em sociedades marcadas pela desigualdade social há perdas reais para pessoas com transtornos mentais que passam, inclusive, pelo reconhecimento de seu estatuto cível, de capacidade ou não capacidade, e atravessam o âmbito cultural para construir relações também desiguais de saúde, inclusive dentro desse mesmo grupo, entre profissionais, familiares, a comunidade e em toda seara social. E a depender da correlação de forças em que estejam as construções de saúde destas pessoas, podem nos trazer uma colheita vasta de novos elementos para o estabelecimento de novas relações, mais próximas das relações de igualdade e justiça.

2.2. A QUESTÃO DE CAMPO E NÚCLEO

O sujeito com transtorno mental dentro de uma relação de reabilitação psicossocial pode até ter suas demandas atendidas, mas pode se deparar com posturas profissionais que potencializem ou não a proposta interdisciplinar, isto é, partir de um manejo propenso ao diálogo com as diversas dimensões desse sujeito. Na maioria das vezes, tais posturas, quando receptivas as essas abordagens ampliadas de saúde, é o elo para o estabelecimento de vínculo, e decorrer, inclusive, o trabalho tanto de Núcleo, quanto de Campo.

No caso dos assistentes sociais quando isso ocorre poderá trazer reflexos com impactos também para os profissionais dos CAPSs, desde a emergência e regulamentação desses equipamentos com a Portaria nº 336/02 (BRASIL, 2002) e a Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2001) que instituiu o cuidado em liberdade e territorializado vigente.

A exigência de um profissional do Serviço Social que esteja identificado com as mudanças das relações de trabalho contemporâneas é imperiosa, principalmente na saúde mental que reivindica um trabalho que tende cada vez mais ao exercício de práticas transdisciplinares. Ou seja, “[...] por mais numerosas que sejam nossas vias de acesso ao real, de tão múltiplos aspectos, estamos sempre lançando um mesmo olhar, de um único espírito, sobre um único e mesmo real. A pluridisciplinaridade não se sustenta sem uma transdisciplinaridade interdisciplinar”, explica Severino (1998, p.47).

Na prática cotidiana do (a) assistente social de um CAPS é preciso um profissional atento, que se utilize de um saber que considere as determinações sociais, sem negar os demais determinantes, considerando sempre o papel da mediação, como diz Pontes (1999, grifos do autor, p. 48), “[...] movimento que permite o sujeito (conhecedor e interventor) operar articulando representações ideais e observações empíricas (movimento intelectual-ontológico) que o sujeito cognocente/interveniente opera primeiro na razão e depois na realidade (ação), permite a *(re) construção do objeto de intervenção profissional*”.

No entanto, essa reconstrução não passa sem aparas necessárias, ou mesmo dilemas profissionais, pois

O enfrentamento equivocado desses conhecimentos *postos à mão* tem como risco maior o fato de que a realidade da vida cotidiana aparece já *objetivada* aos profissionais, isto é, constituída por uma ordem de objetos e instrumentos já designados: espaço geograficamente determinado, teia de relações sociais, vocabulário e linguagem que enchem a vida de objetos dotados de significações (Berger & Luckmann, 1978: 38-39). O profissional se insere nesse mundo que lhe é dado e que para ele ‘é real’, que o ‘conhece’ em diferentes graus de certezas, sem perceber via de regra que, independentemente de sua ideologia e de seu comprometimento, no nível do imediato da vida profissional, essa *estrutura de objetividade* se impõe e que há necessidade de desenvolver um *esforço deliberado* para conseguir o controle das variáveis dessa objetividade.” (BAPTISTA, 1998, p.118 grifos do autor).

Entretanto, esse constructo de distanciamento do cerne da doença, tão caro ao modo psicossocial, se revela no cotidiano do trabalho das (os) assistentes sociais, com a pouca aproximação dos determinantes biopsicológicos dos indivíduos, pois estes se operam de maneira distante dos conhecimentos particulares da profissão.

À medida que os demais profissionais de saberes distintos tendem a se aproximar das categorias ontológicas do ser social, a exemplo da própria discussão de trabalho, os (as) assistentes sociais precisam emergir na perspectiva de Campo, talvez no sentido enviesado da proposta “basagliana” para melhor compreensão da saúde mental. Sendo, portanto, uma tarefa complexa que os profissionais obscurecem na sua prática reflexiva e interventiva.

Gama (2015, p.59-60), em pesquisa realizada junto aos profissionais de Serviço Social que trabalham nos CAPSs de Aracaju, mostra um depoimento de uma profissional que relata as dificuldades enfrentadas no exercício profissional quando questionada sobre o desenvolvimento das atividades de Campo. Diz a entrevistada:

[...] a gente tem atividades de campo e núcleo, que muitas vezes acabam se misturando um pouquinho, e as atividades do Serviço Social atualmente a gente tem feito [...] orientação, encaminhamento pra BPC, orientação dos direitos sociais dos usuários, encaminhamento da carteira de passe livre, encaminhamento pra outros tipos de carteira de passe livre (interestadual,

intermunicipal), visitas domiciliares, relatórios, oficinas que não e só de núcleo [...] parece que o Serviço Social é um nome doce né, quando chega ao serviço pela primeira vez quer falar com a assistente social (Entrevistada 04).

Isso não acontece somente com o Serviço Social, mas conforme Barros (2003) apud Dimenstein (2006, p.72), há uma condição crônica no modelo psicossocial e está nas formas relacionais mediante,

a cronicidade dos modos de gestão, dos dispositivos e dos profissionais, refletida pela dificuldade em aliar a discussão clínica à análise dos processos de trabalho e das instituições (ou seja, aliar a clínica à política), bem como a dificuldade de aliar a formação permanente às práticas dos serviços, de modo que as marcas da segmentarização, dos especialismos e da centralidade (não territorialização das práticas nos contextos diversos) da formação sejam superadas.

É neste cenário que muitas (os) assistentes sociais precisam lançar mão dos conhecimentos que conduzam uma apropriação maior do sujeito que sofre de transtornos mentais e cuja organização do modo de vida se dá numa compreensão existente para além do composto nuclear, historicamente apropriado e acumulado pelo Serviço Social.

Assim, é importante não somente ações e intervenções pontuais ou mesmo incorporação dessas exigências na esfera do Campo, mas o amadurecimento teórico e filosófico dessa relação das dimensões do Núcleo e Campo para dentro da profissão, o que pode levar a produção de novas reflexões profissionais e até mesmo acúmulo acadêmico no terreno da saúde mental.

2.3. O TRABALHO INTERDISCIPLINAR

Quanto ao aspecto da interdisciplinaridade que está requisitada no projeto da Reforma Sanitária, cabe lembrar o território da partilha de demandas que a profissão de Serviço Social vivencia na contemporaneidade com as expectativas desregulamentadoras dos mercados e as crescentes tendências ao trabalho interdisciplinar. Yazbek (1999) afirma ser esse um aspecto presente na realidade da profissão.

Sobre a dimensão coletiva do trabalho do assistente social Iamamoto (1998, p.21 apud VASCONCELOS, 2000, p. 129) considera necessário “[...] buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes”.

Ao tratar dos Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p.19), Bravo defende a interdisciplinaridade como um fundamento da Reforma Sanitária, pois devemos compreender o SUS como uma estratégia, uma vez que o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático

de direito, responsável pelas políticas sociais e, consequentemente, pela saúde. Segundo ela, destacam-se como fundamentos da proposta da Reforma Sanitária, “[...] a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a *interdisciplinaridade* nas ações”. Tem como premissa básica a defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado (BRAVO, 1999; BRAVO; MATOS, 2001 apud CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p.19, grifos nossos).

Assim como Bravo, Iamamoto sinaliza sobre a interdisciplinaridade (2002, p.41 apud CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p.44 grifos nossos) quanto às transformações no processo de trabalho da saúde e atenta para as novas perspectivas de trabalho profissional, mostrando a necessidade de “[...] desmistificar a idéia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. A autora considera que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”. O que requer não a diluição da profissão, mas a leitura clara no cotidiano, considerando o arcabouço que o projeto ético-político amarra à profissão a sua intencionalidade.

Ainda no documento do CFESS (2010, p. 30) é sinalizada a importância da observância de ações para atuação profissional competente e crítica na saúde, um profissional capaz de “[...] buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde”.

Muitas das ações profissionais no espaço da saúde mental encontram-se fundidas na proposta psicossocial que bebe dos princípios também da Reforma Sanitária. Na contemporaneidade, os (as) assistentes sociais dividem espaços ocupacionais tão semelhantes com os de outros profissionais das ciências *psi*, que dessa maneira, recompõem-se os objetos profissionais, concretos e singulares de diversas formas, nas composições heterogêneas de profissionais, podem ser encontrados, desde a sua origem, subsumidos na execução das políticas sociais, sem muita clareza, pois “[...] nem sempre os profissionais que atuam no mercado de trabalho se referem ao objeto como algo claro ou sabido” (GENTILLI, 2006, p. 110).

No entanto, os (as) assistentes sociais possuem uma gama de interações cotidianas no trabalho profissional direcionado ao espectro da “questão social”, porém quando se trata da

saúde mental, cujo objeto de trabalho coletivo é o ser biopsicossocial, demanda desses profissionais conhecimentos de outras áreas, necessitando assim uma clarificação desse sujeito, desse ser multidimensional, a partir da ótica de Campo e Núcleo.

É muito comum nas pesquisas acadêmicas em torno da prática do (a) assistente social a presença de grupos funcionais envolvendo as famílias, como característica nuclear da profissão. Todavia o indivíduo que sofre a ação profissional precisa ser lembrado como o sujeito que fala, cujo histórico de negação cidadã ocorreu durante décadas e cujos resultados foram processos de eugenia, segregação, preconceito. Para além do trabalho com famílias, em um CAPS o equacionamento das dimensões de Campo e Núcleo permite aos assistentes sociais, que tradicionalmente têm um trabalho dirigido às famílias, a compreensão do transtorno mental também em outras dimensões, o que incide sobre esse trabalho a capacidade de “[...] sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios, e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, *promoção de saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos*” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, grifos do autor).

Para o alcance desse público há que se partir desses referenciais típicos do processo saúde-doença na aproximação das necessidades dos sujeitos com transtorno mental, familiares e comunidade que mistificam o ser com transtorno mental pelo pouco acesso às informações concernentes ao modo de vida dessas pessoas.

Nesse sentido, o Serviço Social pode, na perspectiva de desinstitucionalização e como recurso de ida e vinda à particularidade profissional, apostar na sua valorização enquanto sujeito humano-genérico, bem como do contato com um “leque” rico de expressividades subjetivas como as habilidades extraprofissionais a partir das artes plásticas, música, dança, teatro, turismo, atividades corporais, etc. (VASCONCELOS; ROSA, 2010, p. 63) para objetivar sua intencionalidade profissional.

O sujeito com transtorno mental está imerso num “caldeirão” cultural do qual ele não se separa e é protagonista na construção de uma sociedade igualitária e justa. Dessa forma, contribui para a constituição de espaços fartos de expressões em diversos aspectos, cabendo aos diferentes profissionais contribuir no despertar destas expressões por meio da aproximação sucessiva com estes sujeitos, possível somente através de outros saberes coletivos capitaneados dentre outras profissões e também pelo Serviço Social.

Para tanto, o (a) profissional do Serviço Social precisaria conceber essa relação com a dimensão do Campo como necessária no resgate desse ser que sofre sua ação. Dessa forma, conforme aponta Gentili (2006, p. 117), é fundamental “[...] a obtenção da confiança dos usuários na capacidade do profissional e nas possibilidades ‘terapêuticas’ que ele oferece,

como acontece em programas que realizam trabalhos com alcoolistas, ou com drogados, ou com aidéticos”.

Considerando a totalidade do ser biopsicossocial, o manejo das relações com o público usuário dos serviços de saúde mental é incorporado no trabalho profissional do (a) assistente social como um condicionante a mais na consolidação desse saber junto aos demais profissionais, sem tangenciar o espaço intencional deste profissional que o coloca na divisão social do trabalho como profissional interventivo, que lança mão da análise da realidade para escolha de instrumentais que mediem a sua intencionalidade junto ao seu principal objeto: a “questão social”.

Sem reflexão crítica acerca da intencionalidade da sua inserção na área da saúde mental, o trabalho das (os) assistentes sociais pode subestimar o próprio trabalho interdisciplinar como demanda em transformação no cenário do processo de trabalho, ao restringi-lo somente à perspectiva de Campo às normas institucionais preconizadas pela política de saúde, a exemplo, dos procedimentos mencionados nas tabelas 02 e 03, mencionadas anteriormente, como os acolhimentos iniciais que são realizados por todos profissionais de nível superior, dentre outras normas. É preciso lembrar que no caso do Serviço Social,

tanto no plano ideal (das ideias) quanto no plano prático, os sujeitos que nele intervêm procuram lhe imprimir uma determinada direção social, que atende aos diversos interesses sociais que estão em jogo na sociedade (políticos, ideológicos, econômicos etc.). Assim é que vão se afirmando uns ou outros valores, umas ou outras diretrizes profissionais que, ao assumirem dimensões coletivas, ou seja, ao conquistarem segmentos expressivos do corpo profissional, passam a representar para parcelas significativas da profissão a sua verdadeira “auto-imagem” (NETTO, 1999 apud TEIXEIRA; BRAZ, 2009, p. 221).

Iamamoto e Carvalho (2007, p.349) recupera Marx em sua descrição do processo de trabalho na distinção do humano-genérico, quanto à dimensão teleológica, o uso e criação de instrumentos e de novas necessidades. Essa dimensão teleológica, segundo Teixeira e Braz (2009, p. 228) também se aplica aos assistentes sociais, não somente na perspectiva de Núcleo, como de Campo, uma vez que ao “[...] escolher caminhos, construir estratégias político-profissionais e definir os rumos da atuação e, com isso, projetar ações que demarquem claramente os compromissos (ético-políticos) profissionais.” Podemos rotineiramente pôr os olhos nas respostas do capital à sua própria crise que funcionarão, de modo análogo aos diversos espaços de atuação profissional, “como uma estratégia articulada sobre um tripé: a reestruturação produtiva, a financeirização e a ideologia neoliberal.” (NETTO; BRAZ, 2006, p. 214 apud TEIXEIRA; BRAZ, 2009, p. 232-33). Ao passo que é

importante estar atentos ao conjunto de respostas dadas pelos profissionais inseridos nos mais diversos espaços ocupacionais, no sentido de fortalecer o projeto profissional e, necessariamente, societário.

Não obstante, a autoimagem desse profissional deve girar em torno do tom ético-político de suas ações, haja vista a direção hegemônica da profissão se debruçar sobre as diversas expressões da “questão social”, que na política de saúde mental aparece sob forma de violação de direitos, discriminação, preconceito, anulação civil, baixa contratualidade, desemprego, desassistência dentre outros.

Diante disso, Severino (1998, p.49, grifos nossos) salienta a importância da subjetividade como dimensão ontológica capaz de remodelar modos de vida em sociedade, e sendo também sofrível de ação humana, pois

Se a prática é prioritária e fundamental na configuração do modo de existir humano, impõe-se considerar que a *prática humana* tem suas especificidades, não se reduzindo nem ao determinismo onto-essencialista da metafísica nem ao mecanicismo naturalista da ciência, nem ao pragmatismo tecnicista decorrente dele. A prática tipicamente humana, que delineia seu modo de ser, não é a prática mecânica, transitiva; ao contrário, é uma prática *intencionalizada*, marcada desde suas origens pela simbolização. É que, instaurando-se como prolongamento das forças energéticas instintivas, a *subjetividade* se constitui como um novo equipamento, próprio da nova espécie, transformando-se num instrumento de ação dos homens.

Isso não pode estar descolado da condição de requisição profissional do Serviço Social, pois a força criadora de trabalho “[...] é ‘condição vital do trabalhador’, alienada como meio de assegurar sua própria vida, não existe como coisa objetiva, mas como subjetividade, como capacidade de um ser vivo, cuja manifestação não se faz até que o capital a solicite, porque a atividade sem objeto não é nada” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007, p.360). Daí a necessidade do (a) assistente social imprimir um sentido a sua atuação, em qualquer ambiente de trabalho, inclusive na saúde mental, haja vista, que na constituição histórica do capitalismo, os sujeitos ao venderem sua força de trabalho, dado o estranhamento dos indivíduos sociais frente à fetichização da vida social, o fazem sem distinguir qualitativamente a sua produção, pois tal relação é mediada pela condição assalariada, estes podem comprometer não só a particularidade profissional como também as possibilidades presentes nessa mesma realidade.

Todavia, Sawaia (1998, p.103) ao lembrar alguns traços dessa alienação revela que “As relações nas instituições se processam entre papéis e não entre sujeitos humanos e a alteridade torna-se preconceito e instrumentalização do outro. O homem passa simplesmente a cumprir uma exigência externa, e mais: dificilmente é capaz de perceber que suas ideias são preconceituosas em relação a si próprio, permitindo-se escravizar pelo outro”.

Nesse sentido, Sposati (2007) nos traz um saldo positivo quanto ao avanço da produção do Serviço Social, sem deixar de lembrar os caminhos dessa produção em quadros comparativos com outras áreas e profissões, mostrando também a necessidade de produzir para além da perspectiva endógena à profissão, considerar a potencialidade do Serviço Social no que toca a sua inserção em vários âmbitos estatais sem perder de vista sua contribuição para os processos de trabalho melhor demarcando nossa propositura ético-político. Assim,

O aprofundamento da pesquisa sobre os processos profissionais de trabalho do assistente social é ainda tíbio, o que, seguramente, não está facilitando a melhor demarcação do espaço profissional do assistente social no desenvolvimento de cada política social. Este fato tem levado a um amálgama de profissões sociais que se interpenetram identificando-os de modo homogêneo como agentes sociais institucionais das políticas sociais. Pode ser que estejamos realmente sob uma ‘nova’ divisão sociotécnica de trabalho no campo social como já ocorreu em alguns países europeus. Iamamoto ressalta que há uma tendência em segmentar os sujeitos sociais a partir de necessidades (crianças, adolescentes, idosos, etc.) o que restringe a visibilidade das demandas/necessidades coletivas de classe, favorecendo focalizações e desconectando-as com as relações sociais que as constituem. (SPOSATI, 2007, p.7).

Dentro disso, refletir sobre como o Serviço Social faz para avançar é lembrar o que Guerra (2011) defende quando aponta que internamente há necessidade de criação de novos instrumentos da ação do profissional. Não no sentido de refazer as antigas abordagens (individual, grupo ou comunitário), mas de ter competência técnica e intelectual sem romper o compromisso com a classe trabalhadora. A autora quer demonstrar que a dimensão instrumental é a mais desenvolvida da profissão capaz de indicar condições e possibilidades para a mesma. Essa complexidade se dá pelo fato de que as demandas sociais exigem do profissional criação e recriação de categorias intelectivas e interventivas. Estariam assim “*inteligindo sobre suas ações*”. (GUERRA, 2011, p.35).

Se por um lado, conforme mostra On (1998, p.155 grifos da autora), o Serviço Social não contribui diretamente para o avanço das teorias sociológicas ou antropológicas, por outro este “[...] contribui efetivamente para o avanço das *formas de abordagens práticas* do real. A originalidade do ‘conhecimento’ construído em Serviço Social está, portanto, na forma como articula conhecimentos e transforma essa articulação em mediações para sua ação específica.”.

A contribuição do assistente social para fazer avançar a esfera pública no campo das políticas sociais é um exemplo desse avanço das abordagens práticas, uma vez que a qualificação do ponto de vista teórico-metodológico e, sobretudo, ético-político o respalda a atuar, por exemplo, em Conselhos e Fóruns. É fundamental, explicita Raichelis (2007, p. 85), “[...] a ação do Serviço Social: para impulsionar e ampliar o movimento que se organiza em

torno da defesa de direitos e das políticas sociais; e colaborar para o adensamento da pesquisa e da produção teórica no âmbito das políticas sociais, articulada à análise das tendências macrosociais”.

No entanto, a instrumentalidade ao emprestar à profissão a possibilidade de ser porta-voz para cristalização dessa análise macrosociais enquanto um constructo social porta uma natureza contraditória no sentido em que “[...] *tanto conserva e reproduz aspectos do modo de ser capitalista quanto os nega e os supera*” (GUERRA, 2007, p. 159, grifos da autora).

Esse movimento, apesar de parecer único da profissão, expressa o simulacro que é o modo capitalista de existir e seus vários “braços” que o alimenta. Caminho similar acontece com as correntes dentro da Reforma Psiquiátrica, visto que ainda estão em disputa, porém prevalece a que vê a loucura em suas representações biopsicossociais, político-institucional e histórico, sob uma perspectiva crítica e dialética. Não obstante, a política de saúde mental ter também sofrido, mediante ajustes neoliberais da década de 1990, ataques que comprometem os ganhos da Reforma Psiquiátrica, é necessário lembrar a posição estratégica do Serviço Social e sua materialidade do projeto ético-político na defesa dos valores caros a estruturação da política de saúde mental que temos hoje.

A inserção de assistentes sociais ao longo de décadas nas políticas sociais não se deu deslocada dos movimentos da sociedade, e nem prescindiu de uma consciência ética, ideológica, de valores dos profissionais, ou seja, dos valores que determinam a posição política e as escolhas teóricas para a ação prática.

É imprescindível, dessa maneira, considerar as condições objetivas da realidade social, como relações de poder institucionais e seus objetivos e demandas; das políticas sociais específicas; da realidade social da população usuária que busca os serviços sociais; e das condições materiais concretas sobre as quais a intervenção profissional se realiza (recursos humanos, condições de trabalho-desvio de função, baixos salários, precarização de vínculos, espaço inadequado para atendimento e desenvolvimento de suas ações, entre outros).

Reduzir a distância entre o projeto profissional e as bases sociais na sociedade capitalista é um desafio que só pode ser considerado em meio à produção dos profissionais que sofrem estes desafios, principalmente se considerar que a profissão foi gestada num amplo itinerário de transição econômica no Brasil, que impactou o Estado e requereu formas de relacionar-se com as novas transformações do século XX e XXI. Na Saúde Mental isto não se difere e vai requerer ao profissional, mais uma vez, compromisso com sua qualificação teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política.

Para o Serviço Social, o trato com/nos determinantes/condicionantes da saúde é mediado historicamente, e impulsionado pelos avanços na própria política de saúde que amplia seu conceito com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e a Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080/90 (BRASIL, 1990).

O modo Psicossocial ganhou corpo na clínica ampliada que passou a ver o sujeito não mais como ser-paciente, mas como um ser em (re)construção na sua totalidade. Suas intervenções produzidas dessa maneira convencionou o modelo que conduz a necessidade de uma abordagem interdisciplinar na arena filosófica.

Sobre a interdisciplinaridade Sommerman (apud FAZENDA, 2013, p.123) diz:

Interdisciplinaridade do tipo pluridisciplinar (que também poderia ser chamada de interdisciplinaridade centrífuga ou fraca): aparecerá quando o predominante nas equipes multidisciplinares for a transferência de métodos de uma disciplina para outra ou “uma série de monólogos justapostos” (Gusdorf, apud Machado, 200, p.195). [...] Interdisciplinaridade forte (ou interdisciplinaridade centrípeta) aparecerá quando o predominante não for a transferência de métodos, mas sim de conceitos, e quando cada especialista não procurar apenas “instruir os outros, mas também receber instruções” e “em vez de uma série de monólogos justapostos”, como acontece no caso da interdisciplinaridade de tipo pluridisciplinar, houver um “verdadeiro diálogo” (ibidem), o que requer o favorecimento das trocas intersubjetivas dos diferentes especialistas, onde cada um reconheça em si mesmo e nos outros não só os saberes teóricos, mas o saberes práticos e os saberes existenciais. [...] Interdisciplinaridade do tipo transdisciplinar: aparecerá quando também estiverem presentes nas equipes multidisciplinares “uma modelização epistemológica nova para a compreensão de fenômenos” (La Moigne, 2002, p.29), e/ou o diálogo com os conhecimentos considerados não científicos (das artes, da filosofia, dos atores sociais, das tradições de sabedoria etc.) e com os diferentes níveis dos sujeitos da realidade.

O desafio da interdisciplinaridade parece estar resolvido não fosse, segundo Lukács (1981, p. 122 apud LARA, 2007, p.02),

O fato de que as ciências sociais burguesas não consigam superar uma mesquinha especialização é uma verdade, mas as razões não são as apontadas. Não residem na vastidão da amplitude do saber humano, mas no modo e na direção de desenvolvimentos das ciências sociais modernas. A decadência da ideologia burguesa operou nelas uma intensa modificação, que não se podem mais relacionar entre si, e o estudo de uma não serve mais para promover a compreensão de outra. A especialização mesquinha tornou-se o método das ciências sociais.

A equação é paradoxal, uma vez que, segundo Demo (1997, p.88), “[...] temos, pois um conflito entre a vocação verticalizada da ciência e a complexidade horizontalizada da realidade e que não é fácil”. Ele lembra que de nada adianta sentar para conversar e, por estar junto acreditar que se estabelece uma relação interdisciplinar, pois que não é somente a coincidência de forma e conteúdo, mas também o que separa os conhecimentos que importa à

interdisciplinaridade. A tendência científica, dessa maneira, segundo ele, é trabalhar metodologicamente com um “objeto construído”, obscurecendo a realidade, posto que ela é imediata, algo que não favorece ao modelo interdisciplinar.

Dessa feita, não são poucas as provocações encontradas no âmbito do exercício profissional, seja qual for o constructo profissional, haja vista a formação acadêmica, ser balizada por essas tendências científicas, daí que Baptista (1998, p.114 grifos do autor) nos acrescenta

[...] o cotidiano coloca ao profissional frequentemente o obrigam a *respostas imediatas* – que não permitem uma reflexão mais aprofundada e, muitas vezes, por determinações conjunturais, toma características contraditórias em relação às posições assumidas, uma vez que, face às questões imediatas, a estrutura da objetividade da sociedade impõe um *comportamento de manipulação* do que emerge, do que é aparente – temos que considerar que essa resposta, *mesmo a mais imediata e cotidiana*, contém em si uma referência à consciência: é sempre um ato no qual a *intencionalidade* precede (como uma síntese e como um ponto de partida), objetiva e cronologicamente a intervenção, muito embora isto nem sempre fique claro para quem o pratique.

A polêmica sobre as comparações entre disciplina e interdisciplinaridade nos conduz a uma forma de acesso ao real, de inteligibilidade, em que as noções de *parte e todo* adquirem distinta abordagem. Essa nova abordagem é possibilitada ao submetê-la a um tratamento eminentemente pragmático, em que a *ação* passa a ser o ponto de convergência e partida entre o fazer e o pensar da interdisciplinaridade. Essa postura ou atitude pragmática devolve a identidade às disciplinas, fortalecendo-as. Porém, segundo Bottomore (apud FAZENDA, 1994, p.67-68 grifos da autora) “[...] esse fortalecimento vai muito mais depender do desenvolvimento sistemático da referida disciplina, do quanto estiver madura para relacionar-se com as demais.”

Nesse sentido, operar a interdisciplinaridade no modo psicossocial acima referido vem a se arvorar em quatro dimensões essenciais: A primeira delas é a concepção do processo saúde-doença e dos meios teóricos que se caracteriza pela valorização da compreensão sociocultural do adoecimento, superando os olhares biológicos da psiquiatria tradicional. Nesse sentido, encontra-se a desconstituição do binômio doença-cura almejada outrora, pois se concebe a possibilidade de outro binômio: a existência-sofrimento.

Lidar com essa primeira dimensão exige saberes e diálogos interdisciplinares, se ligando a segunda dimensão que diz respeito às relações intrainstitucionais e sua organização que precisam ser pautadas na horizontalidade, autogestão, cogestão e superar a compartimentalização do saber promovidas pelas especialidades. É com essa condição que

se rompe a centralidade do saber psiquiátrico e se produz uma interação mais igualitária e articulada dos saberes em uma troca colaborativa.

Já a terceira dimensão é a relação da instituição e seus agentes com a clientela e população em geral. Valores como a liberdade, territorialidade e clínica ampliada passam a nortear a forma como as pessoas são atendidas no modo psicossocial. Assiste-se o surgimento de uma interlocução entre as pessoas que transitam nos equipamentos que supera a clássica relação louco-são, verticalizada e disciplinadora típica do modelo asilar.

Por fim, a quarta dimensão prevista é a concepção real dos efeitos das ações em termos terapêuticos e éticos. As intervenções produzidas têm como foco não só o processo de manejo clínico dos sintomas, mas a promoção da cidadania dessas pessoas e a recuperação do poder de contratualidade que estes estabelecem nas suas relações cotidianas (COSTA-ROSA; LUZIU e YASUI, 2003).

Essas dimensões quando apreendidas sintetizam as práticas preconizadas no modo de atenção psicossocial e demandam dos equipamentos o enfoque na reabilitação psicossocial como uma das suas principais intervenções, e segundo Diehl e Laranjeira (2009, p.268) se definem a partir de

um processo que envolve indivíduos prejudicados, demandas singulares, reconstrução da contratualidade em diversos âmbitos (casa, trabalho, comunidade), remoção de barreiras, estímulo às competências e aos potenciais individuais, ênfase na rede social, foco na equidade e cidadania. Trata-se, portanto, de um processo interpessoal, pautado em uma intencionalidade.

É necessário considerar dentro dessa intencionalidade, entre tantas outras intencionalidades profissionais, os encadeamentos da questão da cidadania do “louco” na saúde mental, posto que é vista por Saraceno (2001 apud BONADIO, 2010, p. 29) da seguinte forma:

Não necessitamos de esquizofrênicos pintores, necessitamos de esquizofrênicos cidadãos, não necessitamos que façam cinzeiros, necessitamos que exerçam a cidadania. O que não quer dizer que uma etapa para a reconstrução da contratualidade passe por teatro, por artes plásticas, por fazer cinzeiros; passe *por*, não termine *em*.

Esse conjunto de considerações acerca da intencionalidade profissional de cada trabalhador (a) do CAPS é que dá o tom da reabilitação psicossocial. Em medidas distintas no aspecto qualitativo, cada área do saber deve convergir para o objetivo comum do modelo psicossocial, mas, sobretudo, o *como fazer* ainda marca as ações de cada especificidade de modelos diferentes de CAPS.

Para Japiassú (apud FAZENDA, 1994, p.25-28 grifos da autora) a “*metodologia interdisciplinar*” envolve desde o cuidado com a constituição de uma equipe interdisciplinar, ao estabelecimento de conceitos-chaves que permitam a comunicação, a delimitação de problemas ou questões, repartição de tarefas até a comunicação de resultados. Chegando a ser “[...] mais de ordem *ética* do que de ordem *lógica*, [...] consiste mais numa *reflexão sobre as experiências realizadas* e no detalhamento de *procedimentos de realização* [...] parece hoje mais *processo* que *produto*”. Talvez por isso, dentre alguns avanços que Fazenda (1994) sinaliza em compreender a interdisciplinaridade como uma categoria não de conhecimento, mas de ação.

Assim, para cada ação há formas de fazer, mas não qualquer forma, daí o âmago da questão da interdisciplinaridade, ao qual Baptista (1998, p.115-116 grifos do autor) chama atenção, pois

[...] O modo como o profissional faz isso determina a relação que estabelece com a teoria: se diante desse problema, que é real, ele faz uma combinação orgânica das demandas da ação com as requisições teóricas, extraindo daí um *problema teórico*; se parte de uma teoria como um *a priori* para sua análise, crítica e intervenção; se sua reflexão teórica se situa ao nível de *justificativa* de determinados tipos de prática com as quais apenas remotamente têm alguma ligação; ou se, ainda, vê a teoria como *instrumental* (tendo de considerar, ainda aquele que não faz relação alguma, considerando que ‘na prática, a teoria é outra’).

Como o aspecto relacional que a saúde mental engendra é essencial na produção de saúde e do alcance dos seus objetivos, daí a interdisciplinaridade é mola propulsora desses processos, embora prescindam de ações que fomentam novas reflexões e culminam em novas ações. Ante a isso, é necessário considerar que a interdisciplinaridade não é estática, ela solicita uma atitude especial que reverencia o conhecimento, mas conforme Fazenda (1994, p.69 grifos da autora) se evidencia no “[...] reconhecimento das competências, incompetências, possibilidades e limites da própria disciplina e de seus agentes, no conhecimento e na valorização suficientes das demais disciplinas e dos que a sustentam. [...] Parte de uma liberdade científica, alicerça-se no diálogo e na colaboração, funda-se no desejo de inovar, criar, de ir além e exercita-se na *arte de pesquisar*”. Daí, de acordo com Demo (1997, p. 94) reconhecer “[...] competência realmente competente é aquela que, sobretudo, sabe de seus limites”.

Vilela e Mendes (2003, p.03), reforçam que a interdisciplinaridade

[...] também é uma questão de atitude. ‘É uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano’. Está também associada ao

desenvolvimento de certos traços da personalidade, tais como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis.

Em linhas gerais, a simplificação exagerada que a ciência produziu, desemboca numa questão própria à ciência, isto é, o desenvolvimento de métodos inovadores que não neguem o confronto, mas reconstruam um olhar mais profundo. Para tal, não basta somente criar analogias de interdisciplinaridade ao trabalho em equipe, pois este

[...] não frutifica sobre a competência individual. Sociologicamente falando, para a sociedade a competência mais relevante é a coletiva, assim como a cidadania decisiva é a coletiva, não a individual. Mas não existe uma sem a outra. Com efeito, se sentarmos juntos, digamos, um sociólogo, um estatístico e um economista, para desenhar algum planejamento estratégico, cada um espera que seu colega ‘cumpra com seu dever’, quer dizer, compareça com toda sua competência especializada. (DEMO, 1997, p.120).

Entretanto, refletir o processo coletivo de trabalho nos serviços de saúde a partir da interdisciplinaridade implica, também, como afirma Laurell (apud COSTA, 2009, p.308) “apreender as dimensões tecnológica, organizacional e política, [...] requer pensar saúde como uma política social pública que se materializa como um serviço, [...] merecem conceituações de natureza teórica e histórica”. Esse aprendizado não está deslocado da apropriação dos vários saberes existentes, nem da organização de serviços, ou de contextos profissionais, sejam eles regulatórios do exercício de cada profissão, nem de momentos históricos, muito menos da condição formativa de cada um (pessoal e acadêmica), quiçá do roteiro tecnológico que de tempos em tempos nos põe em questão e demandam novas posturas diante da complexidade macrossocial do real.

Portanto, faz-se necessário conhecer a dinâmica desse real posto em evidência nos CAPSs e como os profissionais do Serviço Social vislumbram essa possibilidade concreta no exercício diário junto às sequelas da “questão social”, como também nas suas expressões multifacetadas que correspondem ao lugar do “louco”, e como se dá essa operacionalização em equipes interdisciplinares.

CAPÍTULO 3- A ATUAÇÃO DOS (AS) ASSISTENTES SOCIAIS NOS CAPSs EM SERGIPE.

A fim de analisar como vem ocorrendo a atuação dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) em Sergipe, este capítulo tem como objetivo discutir os resultados obtidos na pesquisa empírica realizada junto aos profissionais de Serviço Social que estão inseridos nos CAPSs de Sergipe, especificamente nas regiões de saúde de Itabaiana e Nossa Senhora da Glória (agreste e sertão sergipano).

Para tanto, foram definidos alguns eixos de análise: a caracterização dos CAPS em Sergipe; as atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais nos CAPSs; o trabalho interdisciplinar, as dimensões de campo e núcleo e a atuação dos assistentes sociais nos CAPs e os desafios e dificuldades enfrentadas pelos (as) assistentes sociais nos CAPSs.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CAPSs EM SERGIPE

À guisa de iniciar a análise dos dados cabe realizar uma breve caracterização dos espaços sócio-ocupacionais que constituem o cenário nos quais os profissionais entrevistados executam suas ações e de alguns dados gerais dos assistentes sociais participantes da pesquisa.

Inicialmente convém pontuar que os CAPSs visitados possuem uma boa localização, ou seja, estão situados em locais próximos de rodoviárias, terminais de transportes, do comércio, de repartições públicas, entre outros, o que facilita a locomoção dos usuários e familiares. Além disso, os serviços possuem placas de identificação garantindo o reconhecimento territorial dos municípios.

O CAPS mais antigo do sertão sergipano, cuja implantação decorre de projeto anterior à Lei 10.216/2001, isto é, em 1996, teve sua habilitação no ano de 2005, quando passou a integrar a rede SUS, viabilizado por recursos federais. Um outro, também no sertão, foi habilitado no ano de 2005, e outro, agora mais recentemente, em 2018. Já na região do agreste, o primeiro CAPS também iniciou seu funcionamento no ano de 2005, quando teve os serviços habilitados com recursos federais. Os demais, todos do agreste sergipano, começaram suas atividades nos anos de 2013, 2016 e 2017, segundo informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019).

Dentre os serviços visitados, nota-se o percurso histórico de implantação dos CAPS's, isto é, todos da amostra possuem registros de habilitação nos idos do ano de 2001 aos dias atuais, ou seja, após anos de lei sancionada que previu os modelos substitutivos e territoriais, sendo a maioria destas habilitações na segunda década dos anos 2000.

Tais dados mostram o crescimento da rede psicossocial em Sergipe, mesmo passados quase 20 anos da Lei Antimanicomial, também conhecida Lei Paulo Delgado. Indica o espaço temporal em que as políticas sociais atravessam os municípios brasileiros e a sua consolidação ao nível de SUS, considerando os portes populacionais e as densidades demográficas das mais diversas regiões brasileiras, no qual muitas cidades sergipanas ainda não contam com referências de serviços em saúde mental, haja vista a não adequação à portaria, ou seja, quantitativo de habitantes suficiente para habilitação deste serviço psicossocial no território.

A maioria dos CAPSs (04) estava funcionando no período da manhã e todos se encontravam com portões parcialmente abertos, isto é, sem cadeados, porém encostados, facilitando a entrada e saída de pessoas. Somente um CAPS estava fechado no horário do meio dia, por tratar-se do período de almoço de trabalhadores do serviço. Esta constatação é importante, uma vez que a ambiência¹⁴ responde por boa parte do modelo psicossocial proposto pela Reforma Psiquiátrica e mediante as padronizações existentes e o que constam no manual de ambientes de CAPS.

Para construir um ambiente acolhedor, de casa, e que promova a participação nas trocas sociais ou a constituição de redes ampliadas, existem componentes fundamentais tais como: locais próximos, inseridos nos territórios; entrada aberta, acessível e facilitada; ambientes agradáveis nos quais se desenvolvem cenas compartilhadas da vida cotidiana [...]. (BRASIL, 2013, p.21).

A rotina institucional dos CAPSs, de modo geral, é semelhante. A começar pelo atendimento feito na recepção, comumente ocupado por um trabalhador de nível médio, cuja função é atender usuários/as, familiares ou pessoas interessadas em obter informações sobre o serviço, bem como registrar atendimentos, anotações em livros de frequência, listas de almoços, lanches e outras atividades diárias.

Quanto a este momento, cabe lembrar que o CAPS é equipamento de porta aberta, tal qual estabelece as normativas atuais, conferindo a condição de serviço de referência

¹⁴ Ambiência na saúde compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. A Política Nacional de Humanização tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Baseada na ideia de transversalidade e indissociabilidade da atenção e gestão, de projetos co-geridos de ambiência como um dispositivo, para contribuir na mudança das relações de trabalho. Essa compreensão de ambiência como diretriz da Política Nacional de Humanização é norteada por três eixos principais: 1. O espaço que visa a confortabilidade; 2. O espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e 3. A ambiência como espaço de encontros entre os sujeitos. (BRASIL, 2009).

especializada, mas que muitas vezes por ser o único CAPS de uma cidade, geralmente porte I, rende muitos desafios passíveis de análise, que não temos condições de aprofundar nesta pesquisa.

Ressalta-se que é comum as pessoas pedirem informações sobre usuários, já atendidos ou qualquer questão relacionada ao tratamento também nestes locais da rede de saúde, porém os Técnicos de Referência (TRs) do serviço, haja vista as questões de sigilo ofertado a um público que ainda sofre com estigmas e discriminações, costumam conhecer seus referenciados na busca de resguardá-los de possíveis constrangimentos ou situações que comprometam a continuidade do acompanhamento nos CAPSs referidos.

Geralmente, ainda na recepção, é preenchida uma ficha de primeira avaliação de perfil, que ajuda a identificar, ao final do mês, a produção para o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA-I) dos acolhimentos iniciais, realizados por todos profissionais de nível superior, e permite acesso aos registros, principalmente dos casos que não se constituem “perfil” do serviço e precisem de encaminhamento para ambulatório, ESF e outros, facilitando a logística de produção de dados colhidos durante o ano e permitindo avaliações sistemáticas de demandas comuns, periodicidade, principais Códigos Internacional de Doenças (CID's), identificados dentre várias informações que constem nessas fichas.

Quando do preenchimento da ficha de acolhimento, é anexada a documentação do usuário complementando-o no prontuário. Logo após é identificado o Técnico de Referência do serviço que avalia o perfil do demandante do serviço. Também é comum identificar, sempre que solicitado por demanda nova ou TR, nos arquivos antigos, a exemplo de arquivo morto e/ou fichas antigas de avaliação de perfil, os usuários a serem avaliados na eminência de informação de pessoa egressa no CAPS e/ou que já foi atendida antes no serviço.

O registro da presença de todos os usuários que comparecem ao serviço costuma ser feito no livro de registro de atendimento. O pessoal da recepção separa os prontuários únicos dos usuários atendidos no CAPSs para as devidas evoluções dos TRs. A organização dos prontuários únicos nas gavetas de registro ativo, após oficinas e atividades, atendimentos (assembleias, reuniões e congêneres) já com evolução das atividades do dia, também é atribuição da recepção, bem como a solicitação do profissional responsável proceder à devida evolução, guardando-os posteriormente.

Outra atividade da recepção diz respeito à organização da produção mensal (RAAS, BPA-C, BPA-I, consolidados mensais e anuais e outros) referente às atividades do serviço, assim como contribuir nos processos de produção de saúde e objetivos gerais do CAPS, conforme discussão de equipe e projeto terapêutico de cada local.

Convém destacar outras ações desenvolvidas por profissionais que também participam da rotina dos serviços. O (a) técnico(a) de enfermagem, por exemplo, comumente acompanha a (o) TR enfermeira (o) nos processos relacionados à sua dimensão profissional, realizando injetáveis, organizando fluxos e outras ações relacionadas com a enfermagem, quando solicitado, contribuindo também nos processos de produção de saúde e objetivos gerais do CAPS, de acordo com a discussão de equipe e o projeto terapêutico.

O trabalho da (o) oficinaira (o), geralmente é um dos mais requisitados nos CAPSs, uma vez que responde por propostas de habilitação e reabilitação que incluem a arte, artesanato e as diversas expressões sensoriais humanas, no sentido de estimular a autonomia dos sujeitos quanto ao desenvolvimento de múltiplas capacidades, em conjunto com os diversos profissionais e manejos de projetos de vida, mediante a discussão dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de cada usuário, geralmente em reuniões de equipe. Este profissional assume evoluções em prontuário único compartilhado por todos da equipe, descrevendo o desenvolvimento das atividades, oficinas e congêneres, dada a sua importância quanto ao sucesso no cumprimento do PTS dos usuários, além de movimentarem toda a proposta psicossocial conferindo cor, formas, texturas e tantos outros resultados que possam despertar as condições sensoriais e emocionais.

A realização de oficinas com uso, preferencialmente, de expressão livre, conta com os mais variados recursos, o uso de telas, garrafas, argila e outros materiais que permitam a “ressignificação” de habilidades, a partir da discussão de equipe, a fim de potencializar recursos biopsicossociais de suporte à pessoa com transtornos mentais.

As oficinas terapêuticas respondem pela oferta da maioria das ações dos CAPSs, realizadas, em sua maioria, por profissionais de nível superior e incentivadas pelo modelo psicossocial devido à presteza no desenvolvimento da sociabilidade humana, utilizando-se de múltiplos recursos, anuentes à intencionalidade profissional para potencializar autonomia, cidadania e desenvolvimento da pessoa com transtorno mental. O assistente social, apesar de não constar nas exigências da equipe mínima dos CAPSs, tem sido chamado para compor a equipe deste serviço e participa, com os demais profissionais, da rotina institucional dos CAPSs, conforme será discutido neste capítulo.

Inicialmente convém pontuar que todos os assistentes sociais participantes da pesquisa são mulheres, o que condiz com a tradição histórica da profissão de ser majoritariamente feminina, ou seja, constituiu-se

como uma profissão de mulheres e para mulheres. Deste modo, a história do Serviço Social no Brasil e no mundo tem sido uma história construída por mulheres. [...] Iamamoto (1998, p. 104) afirma: ‘Com tal perfil (feminino), o assistente social absorve tanto a imagem social da mulher, quanto às discriminações a ela impostas no mercado de trabalho [...]’. (LIMA, 2014, p.46).

A temática de gênero, presente desde o desenvolvimento da profissão, é uma grande contradição no seio da nossa formação, uma vez que sendo majoritariamente feminina e, passados mais de 80 anos de existência no Brasil, somente teve seus estudos aprofundados mais recentemente.

No tocante à formação profissional das assistentes sociais temos uma variação do período de graduação entre os anos de 1995 a 2014. Os locais de formação também variam entre ensino presencial e Ead, entre universidades pública e particular, não existindo muita diversidade nas graduações quanto às unidades formadoras.

Do total de cinco (05) entrevistas, três (03) cursaram Serviço Social na Universidade Federal de Sergipe (UFS) e as outras 02 (duas) em universidades particulares (UNOPAR e UNIT). Considerando que o estado de Sergipe atualmente conta com uma variedade maior de Instituições de Ensino Superior (IESs) ofertando o curso de Serviço Social, percebe-se que nos CAPSs pesquisados prevalecem os cursos mais tradicionais no Estado, respondendo ainda por formar boa parte das pessoas que ocupam o mercado de trabalho.

Das profissionais entrevistadas 03 possuem vínculos estatutários de caráter municipal e experiência profissional antes de serem lotadas no CAPS, em sua maioria em CRAS's e CREAS's, ou seja, em órgãos municipais e/ou em outras políticas sociais distintas da saúde. A maioria, isto é, (03) assistentes sociais possuem menos de três anos de atuação no CAPS pesquisado, o que pode interferir na apropriação do modelo psicossocial atual. Já outras duas (02) trabalham no CAPS entre oito a dez anos. Convém ressaltar que nenhuma das entrevistadas participou da implantação do CAPS, ou seja, não foram as primeiras a fazerem parte do serviço psicossocial dos territórios visitados.

Todas as entrevistadas informaram que o CAPS não foi a primeira experiência profissional e muito embora, não aparecer como uma pergunta direta no roteiro de entrevistas, foi observado que nem todos os profissionais desejavam atuar em serviço de saúde mental, haja vista o preconceito que também sofre quem “cuida” do “louco”, conforme retrata uma entrevistada:

[...] então eu sempre falo, não é só ser assistente social, é ser humana né, ser justa e ter amor, senão não trabalha. Várias pessoas [assistentes sociais] trabalharam no início aqui e começaram a ter preconceito, e não [trabalhou] dois dias, porque não adianta, se você tem preconceito, se você não tem amor, se não pode nem tá perto daquela pessoa, porque eu sei que tem

perigo, a gente tá em constante perigo aqui, já teve situações aqui, não é mar de rosas, eu tô falando pontos positivos, tem os pontos negativos também, tem que ter coragem abraçou essa luta, essa causa tem que ir em frente. (E-04).

[...] entrei por falta de opção, e hoje eu me apaixonei pela área. (E-02).

Estes dados mostram que o CAPS não foi a primeira opção das entrevistadas, o que pode ser explicado, inclusive, com a saída destas de outros serviços como da política de Assistência Social para ocupar função nos CAPSs. A absorção de assistentes sociais nos CAPSs se deu, muitas vezes, por necessidade dos municípios em consolidar suas redes locais de assistência à saúde mental. A disponibilidade dessas profissionais que já circulam na rede das políticas públicas, pode elucidar não ser o CAPS um locus de trabalho tão almejado.

O estigma em relação ao CAPS não é algo relacionado somente ao dia-a-dia dos (as) usuários (as) e familiares, mas integra o sistema social em que vivemos, adentrando também as esferas mais escolarizadas de nossa sociedade. Os profissionais de saúde também sofrem o estigma em relação ao CAPS como local de trabalho, como algo fora da “normalidade”, e como acontece com a psicologia e psiquiatria, resvala também no Serviço Social e cristaliza o manicômio ainda forte entre as pessoas, mesmo passadas tantas décadas da Reforma Psiquiátrica.

Ainda no ponto de análise sobre o estigma que os trabalhadores trazem na primeira experiência, assim como o sofrimento por “cuidar” do “louco”, há também a relação com o sistema judicial ao requisitar os profissionais de saúde mental por inúmeros motivos, aparentando uma relação de desmerecimento quanto à autonomia dos serviços de saúde mental no trato da loucura, mas também abrindo possibilidades de diálogo diante da falta de entendimento sobre a temática, conforme depoimento de uma das entrevistadas: [...] a gente sempre tá indo ao Fórum, ao juiz [...] para explicar o papel do profissional, qual o papel do serviço e o papel também do CAPS [...]. (E-03). Este depoimento traz um sinal de que o estigma atravessa outras esferas de poder, para além da alçada dos serviços de responsabilidade dos executivos municipais, isto é, o desconhecimento quanto à dinâmica da loucura na sociedade. Assim, o estigma é também validado pelas instituições jurídicas, porta-vozes da justiça, distanciadas das análises sociais quanto aos efeitos de suas ações na reprodução de desigualdades sociais. Não é raro verificar, em muitos serviços, demandas judiciais que quando não indicam o que a equipe deve fazer, questionam os métodos terapêuticos, a indicação ou não de internação, o uso de medicamentos, ou seja, querem decidir sobre questões sem ao menos conhecer os sujeitos, creditando à lei o aporte suficiente, decidindo-se trajetórias de vidas, simplesmente operacionalizando a “internação

compulsória”, conforme apreço de familiares e de outros segmentos da cidade, desconstruindo a via do “cuidado” em território, e reclamando medidas de contenção em hospitais psiquiátricos.

No que se refere ao quantitativo de profissionais nas equipes dos CAPSs há uma variação entre 12 a 16 profissionais no quadro apresentado nas entrevistas. Dois (02) dos serviços, sendo um do sertão e outro no agreste, funcionam com 12 trabalhadores, nos diferentes arranjos possíveis, desde os que possuem nível superior e fundamental aos que cumprem penas alternativas. Somente 01 (um) CAPS, que fica no agreste, conta com 13 servidores, outros dois (02), um no agreste e outro no sertão, têm em suas equipes 16 trabalhadores. Conforme as entrevistadas, a composição das equipes nos territórios é a seguinte:

CAPS 01: uma (01) assistente social; um (01) educador físico; um (01) terapeuta ocupacional; uma (01) enfermeira; um (01) psicólogo (coordenador); um (01) médico; (01) clínico geral - totalizando sete (07) de nível superior; dois (02) auxiliares de enfermagem; duas (02) cozinheiras; duas (02) recepcionistas; duas (02) auxiliares de limpeza; um (01) cuidador de saúde - somando nove (09) de nível fundamental e médio, ao todo no CAPS 16 trabalhadores.

CAPS 02: uma (01) assistente social (acumula cargo de coordenação); um (01) psicólogo efetivo; dois (02) psiquiatras efetivos; uma (01) enfermeira; um (01) educador físico - ao todo seis (06) de nível superior; uma (01) técnica de enfermagem; uma (01) oficineira; um (01) assistente administrativo; uma (01) cozinheira; uma (01) dos serviços gerais; um (01) vigilante efetivo - seis (06) de nível fundamental e médio, totalizando 12 pessoas;

CAPS 03: uma (01) assistente social; um (01) psicólogo; uma (01) enfermeira; um (01) educador físico, um (01) psiquiatra - cinco (05) profissionais de nível superior e uma (01) coordenação, dois (02) oficineiros; um (01) técnico de enfermagem; dois (02) auxiliares de serviços gerais, sendo uma (01) cozinheira; um (01) motorista; duas (02) recepcionistas, uma sendo para os prontuários; um (01) assistente

administrativo, no total de dez (10) de nível fundamental e médio, ou seja, 16 trabalhadores.

CAPS 04: uma (01) assistente social; uma (01) pedagoga; uma (01) psicóloga; um (01) médico; uma (01) enfermeira, a equipe de cinco (05) de nível superior mais uma (01) coordenação exercida por outra e, uma (01) oficinaira; dois (02) vigilantes, sendo um (01) cumprindo medidas judiciais; dois (02) auxiliares de serviços gerais; um (01) auxiliar administrativo, totalizando sete (07) pessoas no nível fundamental e médio, totalizando 12 profissionais.

CAPS 05: uma (01) assistente social; um (01) psicólogo; uma (01) enfermeira; um (01) psiquiatra; um (01) educador físico semanal, ao todo cinco (05) de nível superior e uma (01) coordenação, além de uma (01) técnica de enfermagem; duas (02) oficinairas; um (01) digitador; uma (01) cozinheira; uma (01) dos serviços gerais, um (01) vigilante, sendo sete (07) de nível fundamental a médio, somando 13 pessoas na equipe.

Em linhas gerais, esta composição mostra que os serviços têm funcionado com as equipes completas de pelo menos cinco profissionais de nível superior, corroborando com as capacidades territoriais de manutenção destes recursos humanos em suas localidades. Tal condição também permite contribuir para o avanço na política de saúde mental no estado de Sergipe ao serem cumpridas as portarias vigentes, no que toca aos recursos humanos.

Quanto à área do Serviço Social, todos os serviços funcionam somente com uma assistente social na equipe. Esse dado, apesar de quantitativamente pequeno, é de extrema importância para declarar diante da realidade dos serviços psicossociais a ocupação dessa profissão na proposta da Reforma Psiquiátrica que valida cotidianamente o modelo psicossocial, apesar da contradição inerente ao seu arcabouço legal que preconiza a obrigatoriedade de outros profissionais como médicos e enfermeiros, conforme a Portaria nº 336/2002, sendo os demais profissionais de caráter facultativo e complementar ao quantitativo de cinco trabalhadores de nível superior na composição de equipe mínima.

Convém observar a centralidade da figura médica em dois (02) CAPSs, na ocupação das vagas de nível superior, reproduzindo, assim, a lógica biologicista nos serviços comunitários e psicossociais. Em um desses serviços a profissional chega a enfatizar: “[...]”

teríamos que ter o psiquiatra todos os dias, nós temos uma psiquiatra na terça-feira e uma psiquiatra numa quinta-feira para dar o apoio, né [...]” (E-02).

No entanto, essa questão referente ao médico presente todos os dias no serviço, realça a necessidade de integrar a equipe em mais dias e demonstra também, o ranço profissional estabelecido pela tradição médica no que se refere ao cumprimento da carga horária, que embora não tenha sido perguntado diretamente nas entrevistas pode estar implícito na sobrecarga dos demais profissionais e comprometer o modelo psicossocial em sua formalidade. Conforme Portaria Nº 336/2002, o médico é um dos profissionais obrigatórios nas equipes de CAPSs, porém nem sempre estão presentes na rotina dos serviços, diferente de outros profissionais que estão quase que diariamente nos CAPSs, mas que são opcionais e contratados para complementar as equipes.

Somente em um CAPS existe a presença de dois psiquiatras, o que pode configurar uma conformação peculiar ao serviço visitado, sem condições de aprofundamento nesta pesquisa quanto à influência deste profissional em face da lógica psicossocial necessária.

A situação acima retratada demonstra uma injustiça histórica no trato das questões de saúde sobre as quais repousam contradições no sistema público brasileiro já sinalizado por autores como Gastão Wagner (2014) quanto à política de recursos humanos no SUS, no que diz respeito às lacunas conferentes à isonomia nas carreiras dos trabalhadores do SUS, haja vista a noção ampliada de saúde com o conceito biopsicossocial¹⁵.

Também é importante observar que enquanto um (01) dos serviços dispensa o trabalho de pelo menos uma oficineira, em dois deles existem dois (02) profissionais dessa área nas equipes. Isto pode ser um fator de qualidade e diversificação da oferta de atividades grupais, modalidade esta de extrema importância à lógica psicossocial e que contribui no desenvolvimento da sociabilidade do público atendido. Esse profissional chamado por muitos como artesãos e/ou oficineiras (os) existem em todos os CAPSs. Quando da realização das entrevistas foi possível observar que todos eles estavam desenvolvendo atividades junto aos usuários, o que reporta ao possível acúmulo de horas diante dos demais profissionais que, muito embora, afete a condição trabalhista de fundo, pode também escamotear o desfalque de

¹⁵ “[...]’o novo’ conceito de saúde, elaborado em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora encontrada que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social.” (BRAVO; MATOS, 2009, p.199).

outros trabalhadores nas ações semanais do CAPS, haja vista diferentes cargas horárias, disponibilidade de dias de trabalho, dentre outros fatores.

Sobre isso Vasconcelos (2016, p.64) nos adverte quanto aos recursos humanos ao mostrar que

[...] na década de 2000, tivemos avanços significativos, dada articulação e pressão do movimento antimanicomial, particularmente no campo legal, da diversificação da agenda e na ampliação do número de serviços de atenção psicossocial. Contudo, o cenário de fundo produziu acentuada rotatividade dos trabalhadores, uma forte institucionalização das práticas e um número baixo de serviços efetivamente substitutivos, como os CAPS III, serviços residenciais e bolsas do programa De volta pra Casa.

Conquanto, o modelo introjetado nas práticas multiprofissionais se entrecruza diante de uma formação, a exemplo do assistente social, hegemonicamente equacionada pelo método materialista histórico-dialético, de base crítica, algo que ainda demanda muitos estudos correlatos a fim de verificar como isso se dá na realidade, haja vista as somatórias de muitas áreas do saber que devem convergir para o resultado na totalidade do ser com transtorno mental.

Entretanto, nessas linhas teóricas que sustentam o modelo psicossocial cabem muitos meandros possíveis para enxergar a “loucura” e, demonstram como no século XX, em suas várias obras, autores como Michel Foucault, Robert Castel, dentre outros deram num curto lapso temporal contribuições para o “deslanchar” dos vieses atualmente presentes na saúde mental.

Porém, lembra um intelectual do Serviço Social conhecido na saúde mental, a respeito da nossa base teórica marxiana construída hegemonicamente no bojo da profissão e sua relação com a “loucura”:

[...] o marxismo não se ocupou tanto do debate sobre a loucura, e o que foi publicado não foi incorporado à discussão no Brasil (freudo-marxiano, Escola de Frankfurt, Lucien Sève). A repercussão no Serviço Social brasileiro foi que o Movimento de Reconceituação e o Debate Contemporâneo não puseram a loucura no centro das discussões como se deu com relação aos movimentos sociais, às políticas sociais, o estatuto profissional, entre outros (Kameuyana, 1998). (BISNETO, 2007, p.43).

Dessa feita, considerando o espaço institucional do CAPS, cenário da pesquisa, esses aportes teóricos não se deram de maneira simplória nos serviços territoriais, muito menos nas práticas de outros profissionais, nem mesmo do Serviço Social.

A suposta proximidade de práticas mais ou menos balizadas pelo marxismo poderia advir da operacionalização de protocolos e/ou fluxogramas locais, conforme as diretrizes do modelo psicossocial no que rege aos princípios de autonomia, cuidado em liberdade, exercício

de cidadania, que foram incorporados pelos serviços como algo *sui generis* do novo modelo, e cuja contribuição do Serviço Social é inegável.

A variedade dessas práticas e a construção de protocolos e/ou fluxogramas refletiu certamente a criatividade na organização dos serviços, pois ao fundamentar os processos de trabalho, conforme as pactuações cotidianas entre a gestão, as equipes, usuários e familiares de cada territorialidade, juntamente com os outros profissionais, os assistentes sociais com o olhar diante da totalidade da vida em sociedade, produziram essa nova forma de “cuidado” psicossocial, calçado no princípio da liberdade, tão cara a nossa sociedade brasileira e que na saúde mental ganhou um modo todo singular, reproduzindo a própria realidade de cada local e o movimento dialético que, não por acaso, é anunciado e apreendido justamente com o marxismo.

Apesar do Serviço Social não desconsiderar a visão da “loucura” à luz do marxismo como algo importante, a política de saúde mental não pode ser vista como um fim em si mesma, ou seja, como apenas uma política pública, pois dela advém intenções que são capitaneadas por ideais de transformação societária, um novo lugar para o “louco”, algo que de todo não foge ao Projeto Ético-Político do Serviço Social, e este se afunila ao propósito maior da saúde mental com sua contribuição enquanto estatuto profissional, cuja base se assenta, aí sim no dinamismo da teoria e método marxiano na análise das contradições.

Embora, aparentemente esse aporte teórico sobre a “loucura” esteja ausente no marxismo, e por consequência não tenha resvalado no Serviço Social, segundo Passos e Moreira (2018, p.34), isso se deu em outras esferas da vida social,

O entrelaçamento entre o Serviço Social brasileiro com a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial vem ocorrendo não só através da produção teórica, como também com a participação de assistentes sociais, pesquisadoras/es, docentes e estudantes nos movimentos e coletivos antimanicomiais e, também, pela intensa composição do conjunto CFESS-CRESS, seja nos assentos dos conselhos de gestão participativa ou na construção de estratégias com os coletivos e movimentos sociais da saúde mental.

No entanto, considerando que nos vieses teóricos a aproximação desses princípios de liberdade tão caros à “loucura”, que outrora era aprisionada, está presente também no nosso projeto profissional e, estão para além da saúde mental, mas entrecruzando os princípios norteadores do SUS, assim como mecanismos como o controle social.

Não podemos deixar de correlacionar também com outro princípio - o da integralidade -, que está explícito no nosso Projeto Profissional, e confere a busca por ver o sujeito de forma total, em sua totalidade, pois para Malta e Merhy (2010) a operacionalização de um dos princípios do SUS, a atenção integral, só é possível se o “cuidado” for organizado

em rede, em que cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do “cuidado”, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

Portanto, a devida totalização desses processos de integração desses princípios só é possível pela ação de sujeitos coletivos, uma vez que o campo da saúde é o campo da existência real regada por diversos fatores que repercutem na vida dos sujeitos sociais e demanda o desenvolvimento de uma gama de práticas que envolvem trabalhadores diversificados, dentre eles o assistente social, profissional por excelência capacitado para atuar nas expressões da “questão social”, onde a “loucura” tem seu entorno subjetivo objetificado por várias carências, necessidades, limites e possibilidades na sociedade capitalista.

3.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS CAPSs

Neste eixo, são analisadas as falas das entrevistadas a respeito das atividades desenvolvidas nos CAPSs, e a visão que a elas é atribuída nos serviços psicossociais, bem como sobre os códigos de registros RAAS, BPA-C e BPA-I, utilizados nos serviços territoriais em que trabalham e que compõem a base de dados estadual e nacional, ou seja, quais os referidos códigos estas profissionais têm registrado nas atividades diárias.

Inicialmente convém pontuar que as ações desenvolvidas por elas possuem uma relação direta com as demandas históricas da profissão, tais como: atendimentos individuais, visitas domiciliares, reuniões de família e outros, conforme apontam os depoimentos das entrevistadas:

[...] Eu faço sempre o serviço com o INSS, eu trabalho muito com o INSS, porque aqui todos eles procuram o Benefício de Prestação Continuada. [...] Doutora, eu quero me aposentar, né, aí eu explico o benefício, marco a consulta com o médico porque precisa do relatório médico, sem o relatório médico não se dá entrada, e aí eu peço a documentação de todo mundo e preencho o formulário, né que pode ser preenchido, na verdade pode ser preenchido por qualquer pessoa, e eles não sabem [...]. Tem passe livre intermunicipal [...] e aí eu sempre oriento, sou eu que sempre preencho [...]. E aí a gente faz atendimento individual, faz visita domiciliar, mas a visita domiciliar todos os profissionais fazem. Então o CAPS difere disso porque o que eu faço, os outros fazem, só quando vai para aquelas especificidades, é que cada um vai ser atendido pelo profissional designado para isso, né isso. (E-01).

A gente tem grupos de acolhimento, que esse grupo “Despertar”, a gente tem grupo de orientações, reuniões familiares, quando gente vê a necessidade da família ou individualmente, ou em grupo, dependendo do agravo, e do BPC,

eu percebo que tem muitos aqui que precisam, estou bem focada nisso, que é o Benefício de Prestação Continuada, que eu vejo que tem muitos que tem condição de ser aprovado, e ir para o advogado já. A gente tem nossas reuniões familiares, busca ativa, é basicamente nosso trabalho aqui de equipe. (E-02).

[...] Então, são os grupos operativos que eu faço na terça-feira e na quinta eu tenho um grupo de família também, além dos grupos, né. A sala não pára, porque hoje tem menos, mas assim são atendimentos toda hora, eu não páro, eu não consigo sair da sala muitas das vezes pra ir em uma oficina, porque são muitas demandas. Então geralmente após o grupo, o grupo termina 10h até 11h30min são atendimentos, demandas mesmo do grupo que não quis falar naquele momento e aí no individual que eu acompanho e encaminho, né. E faço articulação com outros equipamentos, através de encaminhamento, documento, ofício, encaminhamentos, mas eu faço também a ponte através de ligações por ter esse contato com as meninas dos outros equipamentos, com os assistentes sociais, com os outros coordenadores dos outros equipamentos. Então, pra não dificultar mesmo a vida deles, eu faço muito isso, eu faço essa articulação tanto formalmente, como também faço ligações pra outros profissionais, [...] Então a gente tem essa contrapartida muito boa com a rede de proteção e aí facilita a vida deles, porque qual é a preocupação?!: que ele vá e não volte, então eu tenho esse olhar, mais minucioso com relação a essa ponte com esses usuários, talvez, por isso que eles procurem tanto né, porque são atendidos no que precisam, no que necessitam. [...] Então por isso que muitas das vezes, os usuários eles procuram muito o assistente social, [...] o que é que eu faço com relação a isso, e eu tenho essa preocupação também de trazer muitos profissionais, faço rodas de conversa [...]. (E-03).

São várias viu! Como falei como o papel é interdisciplinar, além do trabalho individual que eu faço, o Projeto Terapêutico Singular de forma individual, onde eu acompanho os usuários, chamo ele e o familiar pra acompanhar ver se tá tendo o desenvolvimento, melhorando, como é que tá sendo a questão familiar e também da necessidade dele. Se eu vejo que ele tá triste que ele tá choroso na conversa que ele teve comigo individual, eu vejo que ele não tá bem, que tá choroso, aí eu aciono o profissional da psiquiatria, marco a consulta pra ver se não tá precisando de uma nova medicação, se tá se dando com a medicação, ou a psicólogo né também, na terapia que possa ajudar, no caso, ou até uma visita domiciliar pra ver como que tá sendo realmente na vivência familiar dele, o que que tá acontecendo na família dele, no Projeto Singular, pra gente conhecer mais a realidade dele. Porque como vem o familiar vai ter aquele vínculo maior e o Projeto Terapêutico Singular é tipo um contrato entre aspas, eles tem que melhorar isso, melhorar aquilo, aí eu já anoto ali o que que eles querem fazer e o resultado que ele tem que me dar naquele período. Se ele tá muito sedentário, começar a fazer atividade física, se ele tá com problema de saúde, ele tem que ser atendido pela atenção básica, e tá sendo feito isso, ou um acompanhamento, ou uma orientação pra que vá pra assistência ver um benefício é um leque assim, são muitas questões, já tem outra forma que é o acolhimento que a gente faz que é todos os profissionais, só que o assistente social faz de uma forma direcionada pra sua área, eu vou ver se ele tem um benefício, se ele precisa, se ele tem o perfil do CAPS, se eu tenho como encaixar nas oficinas terapêuticas [...]. Fora os grupos que eu faço como falei de cidadania que eu faço com eles pra ficar mais próximos deles pra ver a questão dos direitos, fora o grupo dos familiares que a gente tem que fazer uma vez por mês que a gente faz essas reuniões familiares justamente pra ter vínculo maior com esses familiares e

estarem sabendo mais qual papel do CAPS e qual o papel deles que muitos não sabem como agir com os seus entes [...]. (E-04).

Então, a gente faz visita domiciliar, né com a equipe, geralmente a gente faz com a enfermeira, com psiquiatra também, com psicólogo, fazemos acolhimento que ficou dividido tanto pra enfermeira quanto pra assistente social, a assembleia de usuários, atendimento social, dentre outros que vão surgindo. (E-05).

Na entrevista número (01) percebe-se como a profissional se coloca conferindo uma dependência do médico para estabelecer o que o usuário consome em nível de saúde, em se tratando da parte de um saber necessário para sua recuperação. A saúde tem um enfoque amplo de intervenções, que poderiam ultrapassar a seara clínica-médica, pois neste caso no que toca à orientação de um benefício, possivelmente socioassistencial existe a correlação com o diagnóstico, relação esta não vista somente na saúde mental, em um CAPS, mas em todos os serviços de saúde, de modo geral, posto que o Serviço Social tem atributos na saúde como profissional que orienta as demandas que associam tanto aos direitos previdenciários quanto socioassistenciais. Entretanto, a fala da profissional parece lançar as possíveis intervenções do Serviço Social num vórtice mecânico de dependência, isto é, subsumindo-se às práticas médicas sem fazer as mediações capazes de projetar esse sujeito para além de sua condição doentia.

Ademais, essa correlação acima não prescinde de uma formação que somente compreenda esses diagnósticos, mas que intervenha sobre eles, pois o

[...] assistente social em Saúde Mental trabalha de forma pluralista quando usa as explicações do marxismo para entender a exclusão do louco, para sustentar a demanda por direitos sociais e cidadania aos portadores de sofrimento mental e, ao mesmo tempo, usa as explicações da medicina e da psicologia para conceber a loucura como doença mental. (BISNETO, 2007, p.52).

Não por acaso, esta relação não se dá por fora do modelo psicossocial, ela ocorre justamente pela capacidade do assistente social ao compreender a “loucura” e como ela expressa seus contingenciamentos e seus excessos na sociedade, cujo arcabouço a formação generalista do (a) assistente social contribui, sobremaneira diante das desigualdades existentes no trato das pessoas com transtornos mentais e para que estas tenham acesso ao que lhes fora negado, sob forma de estigma, discriminações e as mais variadas expressões de exclusão.

Para além dessa consideração, podemos observar que todas as assistentes sociais realizam acolhimento e atendimento individual, ações estas comuns aos profissionais de todas as áreas nos CAPSs. Somente uma entrevistada menciona manejo de “crises” como ação também do Serviço Social, ao ser perguntada sobre as atividades desenvolvidas (E-04). Posto

que esta é uma temática muito cara aos CAPSs, dada sua capacidade resolutiva na redução de internações psiquiátricas, ela aparece somente em uma fala no contexto perguntado, mas em outros momentos o termo “crise” aparece em contextos distintos de fala nas entrevistas.

É importante lembrar que as “crises” são situações comuns nas rotinas dos CAPSs, cujos mecanismos de “cuidado”, são mediados pelos saberes conjugados e apreendidos por todos os trabalhadores dos serviços de saúde mental, isto é, corresponde aos momentos de ponto alto no “cuidado”, haja vista representarem riscos até mesmo de perder vidas. Essas “crises” muitas vezes não escolhem o profissional em que vai se revelar na sua potência caótica, e o assistente social é envolvido nessa dimensão sem que perceba, muitas vezes, que esse conteúdo delirante, persecutório presente nos sujeitos “transtornados” já vem sendo trabalhado no contexto das oficinas do CAPS, do modo de vida, nas crenças desses sujeitos e aparecem em cenas de vida das mais variadas possíveis, exigindo um acolhimento constante das fragilidades dessas pessoas no território.

Sobre esse assunto, de acordo com Fialho (2015), a “crise”, significa situação de incapacidade momentânea do indivíduo para lidar com o estresse, na qual o sujeito tem comprometida sua função psíquica e se desorganiza mentalmente, tornando-se vulnerável e fragilizado, podendo colocar em risco sua integridade física e a de outras pessoas, requerendo apoio e acompanhamento.

Quanto à tecnologia de “busca ativa”, uma entrevista (E-02) considera também uma ação do assistente social. Enquanto duas entrevistadas (E-01) e (E-04) trazem a realização de “oficinas” como uma atividade usual.

Em três entrevistas aparecem as “visitas domiciliares” como ação realizada pelas assistentes sociais. As “assembleias” recursos essenciais ao incentivo e protagonismo dos usuários e familiares são citados por duas profissionais (E-01) e (E-05).

A realização de “reuniões” foi comum a quatro entrevistas. As “orientações” como atividade do Serviço Social surgem em três falas, já as “articulações intersetoriais” e “rodas de conversas” aparecem apenas na fala de uma entrevistada.

Em suma, as atividades descritas pelas assistentes sociais reforçam a ideia de alguns autores como Costa (1998, p. 03) ao atribuírem a capacidade desse profissional de concatenar as atribuições históricas com as decorrentes do processo de trabalho da instituição em que estão ocupando, ensaiando a tensão entre o trabalho concreto e o “dever ser”, pois

[...] está implicada a desconsideração de que a atividade do profissional do Assistente Social, como tantas outras profissões, está submetida a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade

capitalista, quais sejam: o trabalho assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras. A rigor, "o exercício do trabalho do assistente social ao se vincular à realidade como especialização do trabalho, sofre um processo de organização de suas atividades" (ABESS, 1996:24). Neste caso, em função da sua inserção no processo de trabalho desenvolvido pelo conjunto dos trabalhadores da área da saúde.

Este panorama trazido pelas assistentes sociais permite avaliar a diversidade de possibilidades profissionais que cabem às ações diárias destas nos cenários apresentados e, dado a variação de termos e nomenclaturas atribuídas, as ações remetem ao previsto na atuação profissional de assistentes sociais, mas também ilustra que algumas das atividades não cabem somente à profissão, a exemplo das visitas domiciliares, busca ativa, rodas de conversas, dentre outros.

Nesse sentido, Bisneto (2007, p.49) enuncia que muitas questões trazidas pelos assistentes sociais podem advir dos idos dos anos de 1970, quando da inserção destes nos serviços psiquiátricos, e cuja inserção abrupta, se deu sem que elaborassem uma proposta de sistematização da prática na saúde mental. Nas suas palavras: “[...] Os assistentes sociais experimentaram a situação ambígua de terem de atuar sem que houvesse demanda específica, nem diretrizes de atuação por parte da categoria, mas tendo muito que fazer, dada a precariedade social dos usuários de serviços psiquiátricos”.

Entretanto, embora as assistentes sociais considerem um volume grande de atividades possíveis, no que se refere aos códigos RAAS e BPA-C/BPA-I¹⁶ utilizados para consolidar as ações do Serviço Social nos CAPSs, podemos perceber que permanecem os problemas históricos de registro e sistematização dessas atividades, mesmo na saúde mental, como podemos ver abaixo:

Olhe, o RAAS, olhe aqui, me parece que o BPA só é utilizado no momento do cadastro, o RAAS o 0216, o 0267, o 0283. [...] Basicamente isso, aí todos esses códigos não é só pra mim, isso também se adapta a outros profissionais. (E-01).

Você quer o número? Pronto, a gente usa o 0301080216 que é em grupo, 0301080208 que é individual. Esses que eu lembro, mas a gente usa outros, encaminhamentos, NASF, Matriciamento, reunião familiar e todos os outros, que a gente tem até uma tabelinha que a gente usa os códigos. (E-02).

É as ações de redução de danos, o registro BPA consolidado, né eu acho que é isso que mais ou menos você quer, né!. Então, são as ações de redução de danos, o acompanhamento das ações de residência terapêutica, o matriciamento das equipes da atenção básica, o matriciamento também de equipes dos pontos de atenção de urgência emergência e serviços hospitalares de referência. No caso aqui o regional e tem também com

¹⁶ Vide tabela 02 e 03.

Aracaju, com a urgência mental, as ações de articulação de rede que são todos os dias, como eu falei que tem todos os dias essa ponte com a rede, o fortalecimento do protagonismo dos usuários e dos familiares do CAPS, né, são essas. A gente tem a lista, uma tabela de registro, que são as ações que mais são feitas de acordo com o registro BPA de procedimento ambulatorial. Têm as visitas domiciliares, esse fortalecimento do protagonismo dos usuários de CAPS e seus familiares são as atividades de família que a gente faz com os grupos de família, as assembleia também que é o fortalecimento, [...] as ações voltadas para atendimento individual dos familiares e demais demandas seja decorrente da não relação direta com usuário e da responsabilização do contexto de cuidado, as visitas e o acompanhamento nas variadas situações. (E-03).

Eu utilizo bastante porque tanto as oficinas terapêuticas quanto as outras que a gente coloca essas oficinas tem um código específico que a gente tá fazendo, o atendimento também mesmo que não seja caso inicial, a gente vai ver se tem perfil de CAPS ou não, então isso é registrado. Todos os atendimentos aqui são registrados, mesmo que não comece a frequentar o CAPS, o atendimento familiar também o PTS, o Projeto Terapêutico Singular tem também muito código, que é o atendimento familiar no CAPS, é outro código, então pra tudo tem um código aqui pra que eles façam acompanhamento de forma estadual do que que tá acontecendo no CAPS, quais os programas, viagens também quando a gente faz com eles, tem um código também diferente, atividades extras, fora como teve a atividade física que os profissionais foram e a gente falou lá sobre a luta antimanicomial, até pra sociedade entender o que tá acontecendo né, então tem outro código também, são muitos números viu [...]. (E-04).

Então, o código eu não vou te dizer porque praticamente a gente já tem a tabelinha (risos), e aí a gente tem o RAAS e a gente marca, tem o “xizinho”, [...] mas geralmente assim marca nos atendimentos individuais quando tem o acolhimento inicial, a gente tenta diversificar e na maioria das vezes visita domiciliar, quando tem assembleia, é uma oficina de grupo, agora os códigos em si, é complicado (risos), mas deu pra entender, né. (E-05).

Sobre o termo “cuidado”, citado por uma assistente social, cabe sinalizar esta categoria como algo em estudo ainda na saúde mental e, por motivos do não aprofundamento desse tema aqui nesta pesquisa, menciona-se a palavra entre aspas. No entanto, em que pese o lugar da saúde mental ser lugar cotidiano de “cuidado”, pode-se observar a apropriação desse termo somente por uma assistente social entrevistada, aparentemente despretensiosa, quando se referiu aos códigos e não à descrição de atividades, ou à atuação interdisciplinar, e nem tampouco sobre as dimensões de Campo e Núcleo.

O revelado até então, traduz uma compreensão balizada pelo movimento de imersão na lógica do modelo psicossocial e desnuda aquilo que Bisneto (2007, p.61) se preocupa ao revisitar o Movimento da RP, posto que para ele

[...] o assistente social não deve ser apenas o profissional do “cuidado”, da “atenção”, mas o técnico que pode desenvolver a crítica à sociedade

burguesa e à loucura na sua correlação com o capitalismo. O assistente social não deve apenas se munir de técnicas para atuar na Saúde Mental, mas sim desenvolver metodologias, avançando na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações para intervenção no campo psiquiátrico.

Não obstante, estas atividades do “cuidar” quando pensadas por si só, um fim em si mesmas, não creditariam ao Serviço Social aquilo que tem de mais revelador na prática das profissões da saúde: a intervenção nas expressões da “questão social” que tem, sobretudo, um fundo socioeconômico e político. É sobre essa intervenção que o Serviço Social se debruça, haja vista seu direcionamento para atuar na relação contraditória capital x trabalho.

Guerra (2011, p.37) segue em defesa da instrumentalidade chamando atenção para esse fato quando escreve:

[...] deve ser adequadamente dimensionada, sob pena de esconder e subsumir a dimensão ética-política da profissão, uma vez que essas mediações necessárias à objetivação da intervenção profissional, não se reduzem ao acervo técnico-instrumental, tampouco aos conhecimentos técnicos e habilidades específicas dos sujeitos, mas incorporam padrões de racionalidades subjacentes às teorias e métodos pelos quais os agentes apreendem os fenômenos postos na realidade. É a partir dessas (re) construções mentais que os profissionais plasmam suas ações nos processos e relações com os quais se defrontam na intervenção profissional.

Nessa medida, é salutar considerar que isso não tem como prerrogativa a única vontade do indivíduo da profissão, isto é, o sujeito que intervém não pode somente “cuidar” entendendo como capacidade humana nas relações entre iguais a única atividade fim, mas trazer à tona a reflexão sobre a forma como essa abordagem pode estar sendo conectada ao Projeto Ético-político da profissão sem perder a intencionalidade profissional. Este cotidiano nos CAPSs ainda gera muitas confusões no que concerne à operacionalização desse “cuidado” e a relação com o objeto do Serviço Social haja vista que

A multiprofissionalidade em Saúde Mental no Brasil foi imposta pelo INPS. Os técnicos (inclusive assistentes sociais) até hoje não elaboraram a questão paradigmática e a questão dos interesses econômicos, políticos e ideológicos que introduzem ambivalências na teoria e nas práticas em equipes interdisciplinares em Saúde Mental. Os profissionais reclamam das disfuncionalidades do trabalho coletivo, mas não analisam as contradições socialmente implícitas aos conflitos de interesses nele contido. (BISNETO, 2007, p.53).

Essas contradições são vivenciadas pelo conjunto da força de trabalho presente no CAPS, haja vista a importância dessas abordagens, que segundo Silva e Mendes (2016, p.50) vai muito além da inserção de profissionais das diversas áreas do conhecimento nas instituições de saúde, e de questões como a formação que aborde nos seus conteúdos a interdisciplinaridade, “[...] é entender os constrangimentos históricos e concretos que se

colocam à sua construção. [...] se assentam em relações de poder assimétricas, que muitas vezes tendem para a preservação do *status quo*.”.

Ainda sobre as atividades das assistentes sociais, de acordo com Vasconcelos (2012, p.168-169 grifos da autora), os plantões sociais, embora não tenham sido informados diretamente com esse nome pelas assistentes sociais entrevistadas, também estão no cotidiano dos CAPSs, por meio de várias ações:

[...] **“orientações diversas”** (previdenciárias, documentação, realização de exames, aconselhamentos etc.), **“encaminhamentos internos”** (para Programas, Projetos, recursos e/ou serviços da unidade), **“encaminhamentos externos”** (INSS, Defensoria Pública, outras unidades de saúde, recursos assistenciais etc.), **“esclarecimentos”**, **“informações”**, **“providências”**, **“apoio”**, **“aconselhamento”** [...].

Entretanto, tais demandas acima são requisitadas também em outros níveis de saúde e segundo Costa (2009, p.317), de um modo geral, quando ela se refere à operacionalização dessas requisições do Serviço Social no âmbito hospitalar nos lembra ações como “[...] levantamento de dados, interpretação de normas e rotinas, ações socioeducativas, apoio pedagógico e técnico-político às iniciativas de caráter emergencial”.

Em que pesem os caminhos profissionais no que se referem às atividades que desenvolvem, Vasconcelos (2012, p.105 grifos da autora) lembra que é fundamental

[...] a análise da realidade que põe as demandas profissionais e o realizado a partir delas. É no que fazem os assistentes sociais e nas suas consequências, que acabam por impregnar a realidade social – não no que objetivam ou acham que fazem – que há condições de se buscar a legitimidade e o reconhecimento social da profissão. Assim, não é o fato de reconhecer o Serviço Social como uma profissão – como atividade ou ocupação especializada da qual se pode tirar os meios de subsistência – inscrita numa modalidade de divisão social do trabalho que o coloca numa posição **subalterna, inferior ou subordinada**.

Dessa feita, as demandas que chegam ao Serviço Social imprimem a requisição do profissional por respostas que, em grande medida, vão configurar a legitimidade social dessa profissão e revela a sua instrumentalidade que vai além das proposições meramente profissionais, pois, ao mesmo tempo em que “[...] articula as dimensões técnica, ético-política, pedagógica, intelectual da profissão, possibilita não apenas que as teorias macroestruturais sejam remetidas à análise dos fenômenos, processos e práticas sociais, mas, sobretudo, *objetivar* essa compreensão por meio de ações competentes técnica, intelectual e politicamente.” (GUERRA, 2011, p.198 grifos da autora).

Assim, a instrumentalidade como categoria constitutiva do Serviço Social permite pensar os indicativos teórico-práticos de intervenção imediata (entendido como os

instrumentos teórico, político e técnico), bem como vinculá-los aos objetivos, finalidades e valores profissionais e humano-genéricos.

Bisneto (2007, p. 81), vai elencar que apesar da subalternidade ser social, a subordinação sendo institucional, abre possibilidades reais ao exercício profissional, pois “[...] os assistentes sociais podem ser agentes privilegiados (dependendo da instituição) e/ou ocuparem cargos de chefia (dependendo da organização)”.

Outrossim, isto se verifica, ao menos nesta pesquisa, uma vez que duas assistentes que atuam em CAPSs da região do sertão (embora uma delas, sendo parte da amostra não pôde ser entrevistada), também coordenam os referidos serviços e uma profissional trouxe na fala essa posição justamente quando se referia a sua condição de assistente social na instituição.

Nesse sentido, as assistentes sociais referendam as demandas históricas, acrescentando nelas as exigências do modelo da saúde mental, sem qualquer esforço extra na condução de atividades dos quais as mesmas já tem no bojo de suas atribuições profissionais a rotina institucional advinda, na maioria das vezes, de outros equipamentos por onde passaram, sejam CRAS, CREAS dentre outros.

Sobre como são vistas nos CAPS, percebeu-se que há o reconhecimento destas como assistentes sociais, a despeito da discussão de referenciação técnica ou de “Técnico de Referência” posta pelo modelo psicossocial, no qual projeta nas identidades profissionais o ideal de “cuidador”, amparado pelo vínculo construído na relação terapêutica. A incorporação desse termo advém de autores como Campos (1997) e Furtado (2007) aos quais declaram equipes de referência “[...] apoiadas nas ideias de vínculo, interdisciplinaridade e gestão colegiada, e constituiriam um contraponto ao modelo médico hegemônico.” (SILVA; MENDES, 2016, p.56).

Tais resultados desvendam algumas particularidades da autoimagem da profissão, pois algumas se surpreenderam com a pergunta sobre “Como você é conhecida/o no serviço CAPS, como as pessoas te referenciam profissionalmente?”, o que pode enunciar uma preocupação latente e ambígua entre reforçar sua imagem como assistente social e/ou trabalhador da saúde mental.

Enquanto outras, entendendo a proposta biopsicossocial, se preocuparam em estabelecer papéis no panorama interdisciplinar, garantindo a lógica nuclear, antes de qualquer outra identidade, para demarcar o espaço do Serviço Social frente às possibilidades multiprofissionais. Alguns depoimentos a seguir elucidam isso.

[...] Olhe o assistente social muitas vezes eu vejo em muitos serviços também, como aquele profissional que resolve tudo, que dá um jeitinho para tudo. Então é, tá passando mal?! procura o assistente social, precisa que resolva um problema em casa?!: procura o serviço social, um briga de

vizinho?!: procura o assistente social, precisa de um documento que perdeu?!: procura o assistente social (risos). [...] Perdeu os documentos?! procura o assistente social, então é assim, eu acho que é referência para eles, eles acham ou tem esperança de que vão ajudar de alguma forma né, quando tem algum problema assim, não procura a enfermeira, nem a professora de educação física, vai tudo para o assistente social, depois eu direciono para outros profissionais. (E-01).

Eu sou conhecida como, na verdade todos os casos acabam trazendo pra o assistente social, minha sala você percebe que é logo próximo à recepção, aí e eu tentei mostrar que eu não era recepcionista, logo no início. Na verdade, todo caso que chega no serviço fale com a assistente social e é sempre assim todos os casos passam pra assistente social, então eu me senti a recepcionista de início, mas aí apresentei pra os meus colegas qual o meu papel aqui, né meu papel encaminhar direitos e atender todos os usuários, não que o usuário entre e eu digo, não, eu não posso atender porque eu não sou recepcionista, não é isso, mas eu tenho meu papel aqui que é um profissional que encaminha direitos e que tem sua referência enquanto serviço, e precisei também mostrar o a minha importância enquanto profissional aqui no CAPS. (E-03).

[...] a menina tá ali, [suprimida identificação] vamos servir, corte aqui, olhe ali que o vigilante num tá, olho, uma pessoa tá chorando e a psicóloga não tá ali, eu não posso fazer uma escuta?! Posso, agora claro, que vou deixar claro pra pessoa, eu sou assistente social eu vou lhe ouvir pra tentar te ajudar porque você tá aqui e num vai esperar outro dia depois, um exemplo da próxima semana se eu posso ajudar de alguma forma, só de ouvir várias pessoas, já vi a pessoa chorando e ouvir a problemática, mas eu deixando claro, eu não sou psicóloga, a pessoa tem que saber, eu não posso ficar lá ouvindo e a pessoa saiu e desmitificar e perder o meu papel. [...] (E-04).

Então aqui as pessoas já têm a noção mesmo da política, das pessoas que trabalham dentro do CAPS, dentro do nosso equipamento, né, então aqui sempre me apresenta como assistente social e eles já sabem o que é de interesse deles. “Ah!, porque hoje eu quero saber com a assistente social tal assunto, quero conversar com ela sobre uma carteirinha, sobre um BPC, sobre uma aposentadoria”, que às vezes eles não tem noção do que é o BPC, mas aqui é tranquilo, as pessoas tem bem ‘divididozinho’ a função de cada um, até porque a gente faz assembleia e aí se apresenta cada um fala do seu papel, do seu trabalho, é tranquilo isso. (E-05).

A maioria das assistentes sociais expressou sua imagem a partir do reforço de sua especificidade quando questionadas acerca de como são vistas nos seus respectivos espaços de trabalho. A confusão de alguns usuários quanto aos papéis profissionais fica evidenciada em muitos depoimentos que falam a respeito do esforço dessas profissionais em criarem estratégias de socialização das funções dentro do CAPS, uma vez que os usuários procuram a pessoa pela via do vínculo, ou pela disposição até mesmo da sala onde fica a assistente social, se está perto ou não da recepção.

Entretanto, ao passo que esse mesmo esforço pronunciado revela a disponibilidade histórica que a profissão tem em tensionar recursos diante das dificuldades de acesso da

população aos diversos locais de pertencimento, aos quais as pessoas com transtornos mentais também estão sujeitadas, revela como na saúde mental isso se potencializa com o chamado “vínculo” e as discussões em torno de atividades de “Campo” e “Núcleo”, isto é, a permissão que a saúde mental dá a estes sujeitos usuários dos CAPSs, a religação com o cenário do acesso através desse esforço de captação afetiva não só dos assistentes sociais como de toda equipe, que ao se relacionar pode-se extrair de um discurso de sofrimento as possibilidades de atuação diversas, sob determinadas patentes profissionais.

Todavia, Netto (apud VASCONCELOS, 2012, p.115) chama atenção para

[...] a profissionalidade do Serviço Social, como elemento subsidiário do combate maior por um mundo diferente (e melhor), que se pode contribuir para a construção de uma sociedade onde atividades historicamente atribuídas ao assistente social sejam absolutamente supérfluas [...]. É parte constitutiva da nossa profissionalidade operar no marco de carências e constrangimentos, com as limitações deles decorrentes, revelando-se a base mesma da nossa existência enquanto profissionais” (Netto, 1995, p.9-10). Mas como afirma Lukács, “é justamente aí, no próprio problema, que são dadas também tanto a solução como a via que leva à solução”.

Porém, essa “profissionalidade” referida acima por Netto, apesar de necessária também na saúde mental, pode estar impressa no dia-a-dia profissional como uma marca recente da trajetória, principalmente após o Movimento de Reconceituação e as conjunturas de décadas passadas na ampliação do mercado de trabalho para estes profissionais, razão pela qual nos CAPSs com seu modelo ampliado de atuação psicossocial ao beber de fontes “basaglianas” permitiu questionar os modelos disciplinares anteriormente construídos, e ao referir as contradições no modelo tradicional de “cuidado” em saúde mental, não correlacionou como os movimentos particulares de outras profissões que vinham na busca de sua institucionalidade. Isto refletiu nas posturas profissionais no que toca à imagem da profissão com uma preocupação nuclear, mas imersa no modelo psicossocial se justificando, a todo o momento, também atenta às afetividades presentes no fazer diário dos CAPSs.

Outro ponto a se considerar diz respeito a como a entrevista (E-02) se refere ao Serviço Social como profissão da “ajuda”, da benevolência:

Então, na verdade não só eu, mas como todos os outros profissionais, graças a Deus, eles nos tratam aqui como uma família. Inclusive hoje no grupo de acolhimento, nosso grupo “Despertar”, eles nos tratam assim como uma mãezona, principalmente se tratando de transtorno mental, de acolher, de ajudar, pelo menos foi o que eu vi hoje, eles nos tratam como membros da família, como alguém que eles não têm em casa. (E-02).

Pelo que se vê neste discurso acima, estes atributos de família, de “boazinha” atreladas a uma condição profissional, ainda está presente no fazer de algumas profissionais, e nos faz retomar a reflexão de Iamamoto (2000, p.21 apud PASSOS; MOREIRA, 2018, p.33) sobre

algumas mistificações da profissão como o fatalismo e messianismo. Ela informa ser necessário superar, pois é “[...] uma visão heroica do Serviço Social que reforça unilateralmente a subjetividade dos sujeitos, a sua vontade política sem confrontá-la com as possibilidades e limites da realidade social”.

Trocando em miúdos, se por um lado reforçar tais imagens no cotidiano dos usuários pode obscurecer o legado construído pela profissão, mesmo que esteja sob o crivo do “vínculo” nas perspectivas de trabalho em CAPS, é necessário desnaturalizar essa imagem sob pena de não promover a autonomia dos usuários, que fica comprometida, apesar de muitos profissionais emprestarem a contratualidade perdida por muitos usuários na conquista de novos espaços na sociedade, é de forma cautelar que se deve traduzir esse universo afetivo.

Por outro lado, a respeito da crença na suficiente humanização das relações sociais como sinônimo de defesa dos direitos dos interesses dos usuários, Vasconcelos (2012, p.33), ao avaliar a prática profissional dos assistentes sociais na saúde da cidade do Rio de Janeiro, indica que “[...] contribuir para a transformação de um direito legal em direito real, na busca de radicalização da democracia, exige trabalho pensado, consciente, e não compaixão, ajuda, o que não significa negar e não se preparar para lidar e enfrentar a dor, o sofrimento, diferentes perdas e necessidades imediatas.” Tal consideração se aplica ao cenário da saúde mental à medida que se pode, por exemplo, construir outras relações diferentes do lugar ocupado pela família, pode devolver ao sujeito com transtorno mental a condição de repensar o próprio conceito de família e do que é esperado de seus entes, mesmo frente aos laços entre diversas categorias e ações profissionais. Nesse sentido, essa dimensão é potencializada quando é trazida para a dinâmica de reflexões em equipe, sem os quais, faltariam elementos na busca da percepção da totalidade desses sujeitos.

Nesta seara profissional encontramos ainda assistentes sociais que estão reportando aos usuários a responsabilidade de se sentirem reconhecidos pelo seu fazer habitual, como se o excesso de suas atividades, ações, projetos pudessem trazer luz a sua condição de força de trabalho, desconsiderando os fatores externos que incidem diretamente nas relações sociais dos trabalhadores no modo de produção capitalista, que se retroalimenta da exploração e desmerece, nesse processo, as pessoas com transtornos mentais, revelando os arranjos familiares fragilizados de onde advém o público do SUS e das políticas sociais, algo que não se constitui experiência somente de um CAPS, mas das vulnerabilidades sociais presentes na maioria dos domicílios assistidos por equipamentos como CRAS e CREAS, dentre outros.

3.3. O TRABALHO INTERDISCIPLINAR, AS DIMENSÕES DE CAMPO E NÚCLEO E A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS CAPSs

Consoante com as mudanças na rede de serviços, nos modos de trabalho em saúde, os CAPSs adquiriram experiências que, impactados pelos novos ordenamentos e gestão de serviços, atravessaram os processos de trabalho de instituições no âmbito do SUS, tais quais as exigências da abordagem interdisciplinar junto às pessoas com transtornos mentais.

Este reordenamento trouxe perguntas diferentes às rotinas dos serviços, tais como: quem faz, como faz, por que faz; e que atingem a categoria de assistentes sociais, reivindicando ações que não são exclusivas de sua formação, uma vez que esse profissional está imerso em um processo de trabalho, no qual compartilha com outros colegas procedimentos de escuta, acolhimento, diálogo e negociação.

No tocante ao trabalho interdisciplinar, a pesquisa permitiu verificar que três (03) entrevistas elucidaram o “trabalhar junto” como correlato à postura interdisciplinar:

[...] Eu desenvolvo como todos os outros profissionais, porque o serviço de CAPS, ele é interdisciplinar, o que eu faço no geral, a enfermeira faz e depois aí parte para as especificidades de cada profissão. Hoje é meu dia de acolhimento, amanhã o dia de acolhimento é da terapeuta ocupacional, no outro dia de acolhimento é da enfermeira, certo, então no primeiro momento todos os profissionais fazem esse serviço de acolhimento do usuário, né, da pessoa que nos procura aqui, todos nós fazemos acolhimento. Todos nós fazemos oficina, todos nós fazemos assembleia do usuário, todos nós fazemos reunião de família uma vez por mês, certo. E aí precisa aplicar injeção, enfermeiro, atendimento individual, psicológico, é assim. (E-01).

Então, interdisciplinaridade é a gente trabalhar em equipe, né *trabalhar junto* com psicólogo, junto com enfermeiro, eu creio que seja isso. (E-05, grifos nossos).

[...] Interdisciplinaridade é a junção dos saberes profissionais, é o que tava no início sobre Projeto Terapêutico Singular. Eu atendo aquela pessoa, mas eu vou ver o que ela necessita, se ela necessita do psicólogo, do enfermeiro, da psiquiatra, não eu sei a psicóloga e sei o papel do outro, não é, é eu agir na problemática e diversos saberes, sentar com outros profissionais e discutir. Eu pego o prontuário do meu de quem eu estou sendo a profissional, no caso a Técnica de Referência que é o que fala assim no Projeto Terapêutico Singular, a gente vai, então o Técnico de Referência faz esse papel de interdisciplinaridade também, depois que eu faço o atendimento eu vou sentar com demais e dizer que eu estou atendendo aquela pessoa, e ela está precisando dessa ajuda. Às vezes, eu não tenho um

direcionamento pra aquela problemática, mas eles vão auxiliar com os diversos saberes deles e a gente vai chegar a um consenso, então interdisciplinaridade é isso, é *trabalhar junto* juntando conhecimentos de diversas áreas pra gente chegar a um fim, né não é nem um fim, um consenso, porque nunca existe um fim, né através de uma coisa. [...] Então, interdisciplinaridade é a junção dos saberes profissionais [...]. (E-04 grifos nossos).

Interdisciplinar eu entendo, por exemplo, quando a gente trata de fazer um projeto de um paciente, o que a gente vai *trabalhar junto*, isso que eu entendo por interdisciplinar. A gente faz reunião, é cada profissional com sua área, é como eu entendo como interdisciplinar. Interdisciplinar eu entendo, por exemplo, quando a gente trata de fazer um *Projeto* de um paciente, o que a gente vai trabalhar [...]. (E-02 grifos nossos).

Ainda sobre interdisciplinaridade foi comum em algumas entrevistas o uso da expressão “um outro olhar”, “um olhar” como sinônimo de interdisciplinaridade, como seguem abaixo:

[...] É um complemento, por exemplo, eu atendo uma pessoa, faço o acolhimento e acabo cadastrando porque nesse momento de acolhimento a gente vai verificar se as pessoas são casos de CAPS, ou se são os casos mais simples que a gente encaminha para o ambulatório que aqui tem o SESP que lá tem psiquiatra. Aqueles casos que precisa só de uma consulta no momento, né, aí a gente vai para lá, aqueles que precisam de uma equipe toda, de um psicólogo, que precisa de um profissional de terapia ocupacional, do médico, então a gente cadastra, só que a gente vê pelo ângulo da formação da gente, mas aí eu passo, geralmente eu peço que o colega psicólogo acompanhe o caso, aí ele já tem *um outro olhar*, de repente no outro olhar dele, ele verifica que ele precisa de um acompanhamento com a enfermeira, aí ele chama a enfermeira passa o caso para ela e todos nós ficamos acompanhando. Pra mim isso funciona, isso é que interdisciplinaridade, não sei se tá certo, mas é o meu olhar. (E-01, grifos nossos).

Então, é a rede, a equipe, né, toda quarta-feira temos uma reunião técnica, nessa reunião a gente discute vários casos. Então cada usuário ele tem o seu Técnico de Referência no seu prontuário, mas não que [suprimida identificação] não possa resolver, mas muitas vezes eu tenho *um olhar* com relação ao usuário tal aí vou discutir com meus colegas, eu nunca tomo uma decisão sozinha, porque os usuários não participam de uma atividade só com [suprimida identificação], possa ser que ali uma hora com aquele usuário, mas aí um outro profissional ele identificou uma outra demanda, o psicólogo, aí o oficinairo identificou uma outra, então eu não posso mudar o Projeto Terapêutico, por exemplo, desse usuário sem conversar com a equipe. Então nenhuma decisão é tomada só, né, é toda equipe essas reuniões técnicas, elas servem justamente pra isso pra gente discutir casos, é tanto que a reunião técnica são com os profissionais, não que os de nível médio não

possam contribuir, mas pra não expor os casos, então essa reunião técnica é feita com profissionais de nível superior, né pra tá discutindo esses casos. E quando sentir a necessidade da intervenção do outro profissional, do oficineiro, da cozinheira, do motorista tá chamando, mas pra não expor o caso do usuário, muitas das vezes é um caso que não precisa ser privado mesmo de exposição, né e aí muitas das vezes não tem o mesmo olhar, eu tenho muito essa preocupação, quando vou passar os casos, quando vou discutir os casos. (E-03, grifos nossos).

Outras profissionais mencionam a importância da reunião técnica, como espaço privilegiado de debate e discussões acerca dos projetos de vida das pessoas com transtornos mentais, a saber:

[...] Por exemplo, quando a gente trata de fazer um projeto de um paciente, o que a gente vai trabalhar, isso que eu entendo por interdisciplinar, a gente faz *reunião* [...]. (E-02).

[...] Toda quarta-feira temos uma *reunião* técnica, nessa reunião a gente discute vários casos [...]. (E-03 grifos nossos).

É visível, nesses depoimentos, que tanto a expressão “trabalhar junto”, quanto “um outro olhar” foram utilizadas pelas entrevistadas no sentido de definir o trabalho interdisciplinar, além da realização de reuniões técnicas. Esta compreensão está mais relacionada com uma ação de caráter multi do que interdisciplinar, principalmente quando se menciona a possibilidade de “juntar” saberes/conhecimentos, ou seja, cada profissional desenvolvendo sua função. Quando necessário, um “procura o outro” para “complementar” o atendimento do usuário. As falas parecem estranhar o mesmo sujeito que é “olhado” por diversos profissionais, sem se fazer as devidas mediações na busca, sobretudo, de um todo que é real e está à espera de ser desmistificado.

Em miúdos, não basta tá “junto”, não basta o olhar do “outro” por alguém, é necessário a imbricação no processo de trabalho que tem um só objetivo, ou seja, a integralidade do “cuidado” do sujeito, a relação direta entre as áreas de conhecimento, sem esquecer o que Robaina (2018, p. 57-58) anuncia nessa integração:

[...] Ainda que não seja exclusividade da profissão, está no escopo de sua formação a análise das políticas sociais e, na perspectiva da direção social que orienta a profissão e seu aparato legal, o assistente social está instrumentalizado para fazer tais mediações a fim de subsidiar a equipe técnica, os usuários e familiares para uma leitura crítica da realidade social

visando a construção de um modelo de Reforma Psiquiátrica que confronte o ethos da sociabilidade neoliberal.

Apesar de se perceber um discurso muito mais vinculado às ações multiprofissionais, quando falam do Projeto Terapêutico anunciam uma possibilidade de estabelecer um maior diálogo com os demais profissionais do serviço, o que pode caminhar na direção e possibilidade de um trabalho interdisciplinar. Além do que consta em parte do depoimento da entrevista (02), outro reforça essa intenção: “[...] eu nunca tomo uma decisão sozinha, porque os usuários não participam de uma atividade só com [suprimida identificação]. Possa ser que ali uma hora com aquele usuário, mas aí um outro profissional ele identificou uma outra demanda [...]”. (E-03).

Embora o discurso de todas as assistentes sociais seja no sentido de resgatar termos comuns ao modelo psicossocial, fica difícil apreender a atuação interdisciplinar, ou seja, o “como” esse trabalho é desenvolvido e em quais condições. As falas obtidas permitem inferir que há uma certa confusão sobre o que significa um trabalho interdisciplinar, uma vez que em outros momentos as mesmas entrevistadas fornecem algumas pistas de como articulam o seu saber com os demais profissionais da equipe dos CAPs. Vejamos:

[...] a gente atende pode ser um acolhimento meu ou da psicóloga, ou da enfermeira e depois pelo olhar dela eu preciso de um acompanhamento mais direcionado seu, essa pessoa que, por exemplo, vamos supor foi atendido por outra pessoa, mas foi, é uma situação de vulnerabilidade social estão passando fome ou muita dificuldade, e tal [suprimida identificação] vê que a pessoa tem um transtorno mental grave e que o benefício contemple e ‘[suprimida identificação] você pode dar uma olhadinha aqui?! Vamos fazer uma visita?!: bora’, aí a gente já direciona para ver se financeiramente melhora alguma coisa. Às vezes, tem caso de abuso e aí a gente chama outros órgãos CREAS, delegacia [...]. (E-01).

Eu acredito que cada caso, é um caso, por exemplo, o que a gente precisa trabalhar um grupo de usuários, a gente tem reunião a cada final de mês, o grupo de usuários para saber o que fazer com aquele usuário, uma busca ativa, um BPC, em relação ao dentista, a gente tem uma parceria com o CEO, então a gente faz como a necessidade do paciente. (E-02).

[...] Mas assim como eu falei eu não tomo nenhuma decisão só, claro que o usuário vem falar comigo, tem o sigilo profissional, mas quando tem a necessidade, precisa haver essa discussão, eu preciso compartilhar com o psicólogo, claro que eu só tenho esse compartilhamento se o profissional for de fato contribuir, mas geralmente todos os profissionais eles podem contribuir, o psicólogo, o enfermeiro, sempre, nenhum caso [suprimida a identificação] toma uma decisão só, eu não tenho como tomar, porque você mexe com a vida desse usuário, né!. Então são particularidades que eu posso

ter identificado, mas o outro profissional não, então é algo pra gente tá analisando, a gente começa a observar melhor esse paciente, por exemplo, um usuário em crise, quando ele entra em crise, então eu identifiquei algo na minha sala, mas o outro profissional não, mas aí o outro já identificou, ou então a gente começa a discutir esse caso, sem exposição claro desse paciente, mas de uma forma que melhore a vida desse usuário, e chame esse familiar pra tá compartilhando com aquela demanda do usuário, então sempre precisa ter essa contrapartida com outros profissionais, né!. Essa interdisciplinaridade precisa acontecer sempre, que por sinal a gente não consegue desenvolver as atividades, os casos são muito minuciosos, são situações um olhar que um profissional identifique e outro não. Então, por exemplo, teve um usuário em crise, eu identifiquei que um usuário não tá bem, então já conversei com a família, sentei com minha equipe semana passada sobre o caso, então eu já identifiquei várias situações [...] (E-03).

[...] O CAPS é isso, é interdisciplinaridade, as oficinas que eu faço não é só pra assistente social, eu vou muitas vezes com enfermeira, com psicóloga, né, que a gente pode auxiliar de diversas formas aquele indivíduo. Muitas vezes a gente vai numa casa, é um problema né, que ele está agredindo a família, um exemplo, aí o enfermeiro vai comigo, ele já vai com injeção, porque dependendo do caso, pode aplicar naquela pessoa que já tem um acompanhamento aqui, mas ao mesmo tempo eu tô indo, já vou conversar com familiar, já vou pra parte familiar, o que que tá acontecendo. Então, se o psicólogo for também, ele já vai conversar também de uma forma pra saber mais, é tanto que a gente já fez muitas visitas técnicas de jovens com tentativas de suicídio, foi uma das maiores causas de visitas que a gente fez. Então eu ia muito com psicólogo porque, né, justamente aquelas coisas de conversar de dar força, do diálogo, e eu com a família, da família também ter aquele laço e muitas famílias não sabem o que faz, aí vem a parte do assistente social de trabalhar com a família, de orientar. (E-04).

Então, a gente trabalha aqui como já tinha lhe dito, em equipe, dificilmente a gente faz alguma coisa que seja só o assistente social pra fazer, a não ser que seja é vamos dizer aos assuntos que venha a ser da parte social e aí a gente sempre tá. Vamos dizer a gente tá dividido por território, de acordo como já é dividido pela secretaria municipal de saúde, então cada um tem sua área dividida, né!. Mas ali vamos dizer, tem tal paciente que tá precisando na área de atendimento de enfermagem, ou vamos dizer, o paciente não é da minha área é da minha amiga da enfermagem, e aí tá precisando de um atendimento de um relatório que seja enviado pra o Ministério Público ou qualquer outro órgão que seja, mas que seja da minha parte entendeu?! A gente vai fazer visita, senta, conversa com aquele paciente, tenta encaminhar ele pra o que ele tá precisando, entendeu?! Eu vejo que o nosso trabalho assim, ele é interdisciplinar aqui dentro do CAPS, é esse. (E-05).

Alguns fragmentos acima indicam o reconhecimento dos assistentes sociais de momentos nos quais ocorrem, de alguma forma, processos de partilha de saberes e decisões como correlatos à postura interdisciplinar. As entrevistas (02), (03) e (05) revelam a partilha de decisões, porém enquanto a (03) remete a descoberta do usuário enquanto ser

biopsicossocial, espiritual e cultural quando contextualiza “[...] os casos são muito minuciosos, [...] tem um usuário que só vem pra você” e (02) “[...] então a gente faz como a necessidade do paciente [...]” mostram que as assistentes sociais distribuem esses casos por entenderem que estas não podem atender sozinhas aquela complexidade. A outra entrevista (05) reporta-se à partilha de decisões, mas a divisão não é feita pelo critério do “vínculo”, mas pela abrangência territorial, assim como acontece com o ESF, o que pode comprometer toda a proposta psicossocial do serviço.

Outra entrevista (04), resgata o acolhimento no ato da visita como algo interdisciplinar: “[...] Então eu ia muito com psicólogo porque, né, justamente aquelas coisas de conversar de dar força, do diálogo, e eu com a família [...]”. Enquanto recupera o sentido de trabalho com famílias, no decorrer da visita, o profissional psicólogo maneja o sujeito em sofrimento mental, o que manifesta a pouca apropriação dos assistentes sociais no manejo de “crises”, se aproximando de funções nucleares da profissão.

No entanto, o depoimento (01) permite avaliar que o assistente social é potência nas trocas interdisciplinares como um célere articulador de condições materiais de existência para sanar algumas necessidades postas aos indivíduos com transtornos mentais, pois, refere a entrevistada “[...] Às vezes, tem caso de abuso e aí a gente chama outros órgãos CREAS, delegacia [...]”.

Sobre a interdisciplinaridade, salvo todas as defesas e divergências teóricas, exige-se que

[...] cada uma das áreas exerça seu potencial de contribuição preservando a integridade de seus métodos e conceitos e, nesse sentido, requer o respeito à autonomia e à criatividade de cada uma das profissões envolvidas, cujo relacionamento deve tender à horizontalidade. Isso porque, apesar da preservação da autonomia de cada uma das profissões, a interdisciplinaridade se constrói a partir de um nível avançado de trocas e de cooperação entre as áreas e possui como “primeira condição a socialização do conhecimento, linguagens e conceitos de cada área envolvida, para, posteriormente, promover uma recombinação dos elementos internos que possam facilitar o processo de comunicação”. (SILVA; MENDES, 2016, p.55).

Considerando que todas as entrevistadas não se furtaram à pergunta sobre a interdisciplinaridade, e sobre as dimensões de Núcleo e Campo, ou seja, como elas equalizam tal relação, muitas solicitaram explicações a respeito, tendo dificuldades em descrever ou mesmo reconhecer em suas práticas cotidianas, dificultando as análises *a posteriori*.

A dificuldade de compreender as referidas dimensões se refletem na forma como explicam o fazer profissional. Um exemplo característico dessa situação está explicitado no

depoimento a seguir da entrevistada (01), ao considerar que a teoria que embasou sua formação profissional foi fundamental para sua prática atual, na medida em que usa suas habilidades manuais, consideradas uma estratégia para envolver os usuários do serviço.

A teoria o que aprendi na faculdade, a gente no dia-a-dia aplica muito aqui certo, e eu também aplico coisa da minha particularidade, por exemplo, eu gosto muito de artesanato, eu trago isso pra aqui, nas oficinas eu acho que faço muito mais coisas práticas, no sentido de artesanato do que, por exemplo, dar uma palestra sobre cidadania, até porque eu já tô aqui há 10 anos, se eu for fazer só palestra ninguém vai, quando eu entrar na sala todo mundo vai sair (risos), entendeu?! Então o que eu mais faço aqui, eles gostam de coisas práticas, de aula de pintura, de artesanato, de coisa manual, de atividades manuais, então eu trabalho muito com isso, de atividades manuais, que isso é uma coisa minha, que já vem de muito tempo, eu aplico aqui, por exemplo, a gente tá fazendo muita pintura em tecido, foi comprado aqui aqueles tecidos de pano de prato, eu cortei aqui tem máquina, eu corto faço a bainha e boto pra eles pintarem, aí já tem um mês que a gente vem pintando os tecidos que vai ter a festinha do dia 15 do dia das mães e vai ter a lembrancinha e aí tem umas usuárias aqui, uma sabem fazer crochê, aí umas fazem a barrinha de crochê, outras fazem o biquinho embaixo, entendeu?!Então um vai puxando o outro, então é isso que eles gostam, e muitos homens participam até me surpreendi bastante que tem um monte de homem na oficina, fazendo pintura em tecido, então o que aprendi na faculdade, se aplica bastante aqui, e aí essa minha prática de artesanato *eu também incorporei e deu certo*. (E-01 grifos nossos).

Essa associação que a mesma faz entre teoria e prática traduz uma séria preocupação que remete ao processo de formação profissional, não correspondendo ao norte teórico-metodológico que tem servido de referência para os assistentes sociais, ou seja, a teoria social crítica, sem a qual a profissão deixaria de ter um dos pilares na sua conformação enquanto área do saber que atua nas contradições da sociedade capitalista. Utilizar esse tipo de estratégia foge completamente das orientações contidas no projeto ético-político da profissão, materializado na lei de regulamentação da profissão, no Código de Ética, nas Diretrizes Curriculares. Conforme Guerra (2011, p.201), o fazer profissional

[...] não se limita ao desencadeamento de ações instrumentais, ao exercício de atividades imediatas, uma vez que porta possibilidades de validação vinculadas ao emergente, para o que necessita ser informada por teorias que se referenciem nos princípios ontológicos de constituição do ser social, às quais subjaz determinado grau de racionalidade que lhe permite apreender a totalidade dos processos sociais e atuar sobre eles.

A compreensão da relação teoria e prática é fundamental para que o assistente social tenha clareza do seu papel nas dimensões de Campo e Núcleo, no âmbito da saúde mental. Para tanto, como afirma Vasconcelos (2012, p. 31, grifos nossos) a unidade dialética entre

teoria e prática, exige “[...] qualidade das conexões estabelecidas com a realidade objeto da ação profissional [...]”, isto é, uma relação consciente com vínculo sistemático, projetado e não aleatoriamente dependente somente de **um desejo pessoal**, ou seja, sem uma análise de sua intenção, para além do sentido terapêutico.

Neste laço teórico, Santos (2013, p.84-86) esclarece dois grandes âmbitos da teoria que remetem, através das mediações, à escolha e à operacionalização dos instrumentos e técnicas:

O âmbito da análise das tendências estruturais da ordem burguesa e da compreensão da dinâmica dos fenômenos com os quais se depara os profissionais e sua prática cotidiana. (Sendo um ‘instrumento’ de análise da realidade e compreensão da dinâmica social, com o objetivo de compreender criticamente esse objeto de intervenção e o significado social dessa intervenção, mas esse conhecimento não se traduz de forma imediata em instrumentos, no sentido técnico e operativo). O âmbito da teleologia, ou seja, da projeção, da finalidade. “A escolha dos instrumentos e técnicas a serem utilizados requer um conhecimento prévio dos processos, das determinações e das conexões sociais em que está inserido o objeto de sua intervenção, o que lhe é fornecido pela teoria”.

Percebe-se assim que as falas, a exemplo das utilizadas pelas assistentes sociais no processo interventivo, não pode ser esvaziada de intencionalidade e finalidade. Esses instrumentos apresentam uma função técnica e operacional, mas também uma função política e ideológica. Se uma pessoa utiliza, por exemplo, uma agulha, ela tem como objetivo algum resultado, seja ele qual for, um bordado, uma roupa ou qualquer congênere possível, da mesma maneira, um assistente social deve fazer com seu instrumento de trabalho, deve mirar um traçado previamente imaginado para alcançar a finalidade geral de seu estatuto profissional, de seu projeto de profissão.

Esta preocupação não é à toa, já que o autor Bisneto (2007, p. 83) ao estabelecer a relação entre o objeto da prática, produto e instrumental, lembra que muitos assistentes sociais ainda transformam um objeto exclusivamente como o instrumental, como se as técnicas tivessem autonomia, caindo segundo ele, “no fetiche da ‘técnica pela técnica’” (WEISSAHAUPT, 1988, p.79)”.

Neste ínterim, o discurso da teoria trazido por algumas profissionais é algo que precisa ser tomado no seu sentido para além do senso comum, pois este ainda se apresenta como se fosse algo deslocado do fazer comum dos profissionais da saúde mental, esvaziado de reflexão, haja vista, a necessária utilização de diversas teorias na operacionalização das práticas, pois o sujeito do CAPS é um ser total, mesmo que elas não sejam de todo apropriadas na mesma medida por todos que realizam ações em um CAPS, precisam ter como

objetivo, um final comum no processo de trabalho, e em que pese que tudo é terapêutico num CAPS, precisa vislumbrar uma finalidade porque assim é a condição humano-genérica, pois

A passagem da teoria à prática é inerente à passagem da teleologia à causalidade posta; à passagem do reino da possibilidade ao reino da efetividade; da finalidade ideal para à finalidade real. [...] Para que a finalidade ideal se torne real, ou seja, para que a finalidade se torne ato, é necessário buscar, criar ou modificar os meios para transformar a causalidade dada em causalidade posta. É somente nesse sentido que a finalidade pode tornar-se realidade”. (SANTOS, 2013, p.55-56).

Entretanto, a referida autora enfatiza que essa ação teleológica está no plano da possibilidade que está vinculada a outros elementos nesse processo, pode ser efetivada ou não. Dessa forma, é fundamental considerar a categoria da alternativa sobre a escolha dos fins e dos meios e as imbricações complexas ao objeto que necessita ser desvendado, para que seja “transformado” a partir da ação teleológica e de uma avaliação de valor na escolha dos meios para se chegar à finalidade, ou seja,

[...] Escolher entre alternativas, então, é tomar decisões concretas entre valores opostos, é fazer com que o valor se efetive, é buscar meios que materializem esse valor, o qual incide sobre o objeto concreto. [...] Esses meios buscam aproximar a finalidade ideal da finalidade real, sendo responsável pela operacionalização da ação. (SANTOS, 2013, p.64 -70).

Igualmente, o autor Bisneto (2007, p.78) se referindo à equação níveis organizacional, institucional e social revela, “[...] o não-questionamento dos fins significa reproduzir o atual modo de produção. É abdicar da perspectiva crítica do Serviço Social. [...] corre-se o risco de acabar com a possibilidade de ‘fazer história’, de definir novos objetivos para a sociedade.”.

Dessa maneira, não dá para esquecer, que no caso do fazer profissional do assistente social, é necessário ir além do aparente “terapêutico” do modelo psicossocial, da prática pela prática na dimensão do Campo e também de Núcleo, haja vista que estas dimensões abrem caminhos para a transversalidade exigida pelo modo de atuar em CAPS, pela linguagem que, apesar de cotidiana, é pouco refletida ainda pelos profissionais, demonstrando nas falas das entrevistadas lacunas nesse entendimento relacional entre essas dimensões.

A entrevistada um (01), por exemplo, descreveu de forma mais clara a dimensão de Campo, em detrimento da de Núcleo. O balizamento entre as duas dimensões ficou tendenciado para a busca de atividades “práticas” a fim de evitar o cansaço dos usuários, na percepção da mesma. Essa postura profissional pode ser explicada pelo cotidiano que o modelo psicossocial traz consigo ao colocar como objeto das práticas interdisciplinares o sujeito em seu processo de “desinstitucionalização”, quando da época das institucionalizações do manicômio, o que demanda, não somente do assistente social como de demais

profissionais, uma busca incessante do sujeito habilitado no reconhecimento do “novo lugar social”, posto que

No campo da saúde mental foi possível se construir outro objeto, antagônico ao instituído nas origens da profissão, qual seja: a lógica manicomial e hospitalocêntrica produtora da segregação e desrespeito aos direitos humanos, que interessa ao mercado da saúde e à manutenção de poderes corporativistas. Em decorrência, os objetivos do trabalho do/a Assistente Social são de: desinstitucionalizar as relações e contribuir na operação de projetos de vida; acompanhar a família e a pessoa com sofrimento psíquico nos processos de pertencimento e de autonomia possíveis de vida, considerando o contexto social, político e econômico; articular mecanismos de suportes sociais através do acesso a direitos sociais; fortalecer a participação social e política, visando à organização social; compor trabalhos em equipes interdisciplinares e intersetoriais; lutar contra a discriminação e preconceito, resignificando o lugar social de todos os cidadãos. (DIAS, 2018, p. 4-5).

Seguem as demais falas na tentativa de estabelecer a relação entre Núcleo e Campo:

Não ficou claro, não. (E-02).

Como assim, me explica?![pesquisadora explica]. Certo, as atividades que eu faço né isso?! [Novamente pesquisadora explica]. Então, como eu falei, né, as atividades do assistente social, muitas das vezes, por exemplo, eu faço sempre grupo com psicóloga, com enfermeira, porque a gente muitas das vezes precisa dessa interação com os dois profissionais, por exemplo, eu tenho um grupo de família na quinta e a assistente, psicóloga atende na quinta também grupo. Então esses momentos estão com a psicóloga e os usuários estão com psicólogo, e os familiares estão comigo, então muitas das vezes precisa de uma atividade em conjunto pra tá fazendo algumas abordagens que a gente que vai surtir mais efeito na vida desse usuário, de acordo com Projeto Terapêutico consegue fazer uma atividade melhor que contribua com o andamento do tratamento daquele usuário, com a evolução daquele usuário. (E-03).

Não entendi essa questão, [explicação da pergunta] Como tem um grupo de cidadania, a gente não deixa de fazer, de trabalhar junto, por exemplo, eu procuro uma temática voltada à psicologia, sobre ansiedade, eu vou puxar um viés, mas eu chamo a minha colega psicóloga, e ela entra com uma parte e eu com outra e agora no mesmo grupo, no mesmo jeito ela também, muitas vezes tá trabalhando uma problemática aí chama o enfermeiro que ele vai lá falar da medicação e explica. Então interdisciplinaridade é isso também no mesmo grupo. [...] Como assistente social, realmente, mas muita gente [usuário] tem dúvida do meu papel às vezes, porque como a gente faz um papel interdisciplinar eles acabam que ficam sem saber quem é o psicólogo, quem é o assistente social, onde a gente sempre tem que tá se apresentando, nesse intuito de saber e ser mais reconhecida. [...] Eu organizei junto com outros profissionais um grupo, o grupo de cada profissional, o grupo do serviço social é o grupo de cidadania, [...] estou bem mais reconhecida depois do grupo também que eles passaram sabendo o que é o Serviço Social no CAPS. (E-04).

Então, o que a gente mais divide como você tá falando em Núcleo e Campo, são as visitas, né, que nunca vai só o assistente social fazer visita, vai o assistente social e a enfermeira, até a enfermeira quando ela tá só, porque ela trabalha todos os dias, ela sempre vai com alguém, ou com oficineiro, ou com coordenador, entendeu?!E geralmente quando eu faço visita, a gente faz visita com o psicólogo, ou psiquiatra, ele nunca vai só, uma consulta, ou ele vai com enfermeira, com assistente social, entendeu?!Agora assim, aqui mesmo no CAPS, no nosso território aqui, assim a gente né, vamos dizer divide mais, cada um no seu quadrado, na sua ‘areazinha’, mas em campo isso a gente consegue ainda. (E-05).

Novamente as falas revelam as dificuldades das profissionais compreenderem o trabalho nas dimensões de Campo e Núcleo, refletindo, conseqüentemente, a visão interdisciplinar do trabalho. Mais uma vez enfatizarem as ações com “grupos”, “cada um fazendo uma parte”, “visitas conjuntas” como possibilidades de atividades de Campo, mas que estão muito mais pelo caminho da multiprofissionalidade.

Entretanto, é preciso observar que a saúde mental requerer o movimento dialógico entre especificidades e interdisciplinaridade. Silva e Mendes (2016, p.56) citando Campos (1997) mostram que

[...] Enquanto os núcleos estão vinculados às especificidades das profissões, os campos definem um espaço de entrelaçamento entre as diversas áreas, tendendo à constituição de um campo comum. Nessa perspectiva, dependendo das especificidades do espaço de atuação das equipes, o trabalho pode pender mais para os núcleos que para os campos de competência ou vice-versa. Um exemplo de espaço que exigiria maior predomínio dos campos, para o autor, seria a estratégia de saúde da família, ao passo que uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) estaria mais propensa ao domínio de um núcleo de competências.

Uma das entrevistadas ao ser questionada sobre as dimensões de Campo e Núcleo, mais uma vez reforça a possibilidade de mediações dentro da lógica terapêutica do CAPS, como possibilidade de ações que busquem mostrar as especificidades do fazer profissional, mas que podem acabar confundindo o real papel do assistente social:

[...] aí todos, em um dia da semana que eu vou para lá para oficinas terapêuticas, onde durante uma hora, eu faço, me apresento, falo do trabalho do Serviço Social e das temáticas e como posso ajudar. Como o Serviço Social atua na saúde e como pode orientá-los, informá-los, e até uma *ação terapêutica*, não só blábláblá porque a gente tá lidando com pessoas com transtorno, então tem que ter todo jogo de cintura, alongamento, técnica de respiração, porque foge um pouco da nossa formação, né, mas que é pra gente se aproximar mais deles, né, dinâmica, coisas, brincadeiras, música, tem que ser de uma forma dinâmica pra que eles entendam um pouco do Serviço Social porque é um pouco complexo também, né, da questão social, das problemáticas pra pessoas com transtornos mentais não é fácil, tem que ter todo um jogo de cintura e ser criativo, pra que eles participem e, no final perguntem o que aconteceu e eles saibam o que foi discutido, falado [...]. (E-04 grifos nossos).

Essa preocupação da profissional acima retrata o cenário das pessoas com transtornos mentais que são afetadas por baixos índices de escolaridade, dentre outras expressões da “questão social”, as quais as assistentes sociais trabalham e precisam estabelecer mediações com o fito de chegarem também nesses sujeitos que possuem, muitas vezes, baixa cognição e demandam atenção qualificada para alcance de suas necessidades. Entretanto, é necessário atentar-se para essa conexão sem resgatar o passado conservador que a profissão tem, dado os idos dos anos 1970, época da hiperpsicologização, dos “métodos clínicos”, posto que o depoimento da assistente social acima quando se refere às “ações terapêuticas” pode evocar esse passado. Segundo Netto (1994 apud VASCONCELOS, 2016, p.52), “[...] O recurso a abordagens psicossociais dentro de serviço social é identificado majoritariamente na literatura profissional atual como um processo de psicologização das relações sociais associado à fase monopolista do capitalismo ocidental.”

As implicações desse recalcamento, segundo o mesmo autor, dessa psicologização escanteada produz efeitos que se dão de diversas formas e se expressaram em algumas entrevistas das profissionais, vão desde as dificuldades teóricas, metodológicas, pessoais e operativas em práticas profissionais de contato direto com públicos, a exemplo de pessoas com transtornos mentais, já que as relações interpessoais e os processos grupais exigem “[...] uma mobilização intensa de processos subjetivos, tanto individuais (projetivos, sexuais, transferenciais e contratransferenciais) como coletivos, (resistências, mecanismos de defesa grupal e institucional, dimensões inconscientes de gênero e etnia)” (VASCONCELOS, 2016, p.54), passando também pelas dificuldades na elaboração de debates que envolvem temas como:

[...] religião/espiritualidade; da finitude e da morte; do aparelho psíquico; da psicopatologia e do inconsciente pessoal e do inconsciente grupal, institucional e social dos processos demográficos e suas implicações familiares e psicossociais; da corporalidade, sexualidade e das múltiplas identidades sexuais do amor e da compaixão humana; da produção do cuidado e do acolhimento; das subjetividades de gênero e de etnia nas relações interpessoais e na cultura [...].

Em resumo, tendo-se nas práticas sociais como objeto o sujeito social, a técnica empreendida se revelará amalgamada na instância política de trazer esse sujeito sempre como a porta-voz dos resultados de sua intervenção, razão pelo qual há um ocultamento no cotidiano de ações interdisciplinares, mas que cabe ao Serviço Social esse desvelamento, pois citando Weissaupt (1988, apud Bisneto 2007, p.162) lembra que,

O projeto profissional do Serviço Social precisa reverter a insuficiência de análise institucional da prática, desvendar o oculto das relações sociais dentro dos estabelecimentos de Saúde Mental, reconhecer o caráter estrutural da realidade institucional (não só da realidade subjetiva ou social) e

desenvolver a articulação teórica para as particularidades da atuação profissional em instituições psiquiátricas.

No geral, evidencia-se a pouca clareza, por parte dos assistentes sociais, quanto às dimensões do trabalho de Núcleo e Campo, relacionados com o caráter interdisciplinar, demonstrando a ausência desse debate na formação profissional, como também ao longo das trajetórias profissionais, ao considerar a nossa capacidade e exigência ética de formação continuada, mostram a necessidade de diálogos entre as teorias, sem descuidar dos ranços históricos da profissão e sem cair em ostracismos.

3.4. DESAFIOS E DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS (AS) ASSISTENTES SOCIAIS NOS CAPSs

Neste eixo são analisadas as percepções das profissionais em relação aos desafios encontrados na atuação do assistente social nos CAPSs de Sergipe. Não por acaso, as implicações são inúmeras e respondem por impasses no fazer profissional aos quais os serviços estão diretamente imbricados em seus objetivos, e nos últimos, de forma especial, dada a crescente redução do gasto público na área social que compromete, inclusive, a sustentação da integralidade do SUS.

Na seara da saúde mental sabe-se que há uma necessidade de recursos para o estabelecimento de boas práticas de saúde, ou seja, bons resultados na promoção, prevenção e recuperação da saúde e que vão desde os recursos materiais aos imateriais, ao passo que sejam garantidos e possam permitir o desenvolvimento de ações mais aproximadas da realidade demandada.

Nas falas de todas as entrevistas, foi notória entre as dificuldades enfrentadas, a ausência de recursos humanos, materiais, financeiros e de infraestrutura, conforme depoimentos abaixo:

As dificuldades aqui, em sua maioria, são materiais: é falta de material, de recurso financeiro da instituição. Às vezes eu quero fazer o que eles me pedem bastante nas assembleias de usuários: passeios, alguma atividade específica eu quero fazer, então a dificuldade que eu sinto é só financeira. [...] Então as dificuldades são financeiras mesmo de toda instituição pública. [Desafios] olhe, se a gente tivesse mais recurso financeiro, a gente podia trabalhar bem mais e atingir o objetivo da gente, né!. (E-01).

Não só no CAPS, mas no geral, e em outros municípios, o CAPS, por exemplo, funciona até 14h, porque nós não temos duas equipes, nós só temos uma, teríamos que ter o psiquiatra todos os dias, [...] já passamos por muitas dificuldades com relação a alimentação e medicação, hoje a gente tá até

bem, mas ainda falta alimentação, alguns recursos, material para realização das atividades, acho que é o maior problema que eles sentem falta também, o prédio, a estrutura, os vidros, essa questão mesmo mais estrutural, e dos recursos humanos, da equipe, que a gente deveria trabalhar com eles mais tempo [...]. (E-02).

[...] claro que a gente sofre com relação a recurso que não tem, o salário que não é bom [...]. (E-03).

[...] é porque a gente tem que se ajudar, já tem uma equipe mínima, né [...] (E-04).

Então, eu acho que assim, dificuldades a gente enfrenta todos os dias, né, mas o CAPS da gente aqui não é um CAPS muito, sabe, você tá vendo a tranquilidade daqui, né pela tarde, ele funciona mais pela manhã [...](E-05).

No que toca às questões de equipe reduzida, perspectiva salarial dentre outros fatores trazidos acima, podemos lembrar que essa conjuntura não é somente visualizada nos CAPSs, mas se concentra em boa parte dos serviços de saúde, e inclusive é a realidade de muitos outros equipamentos de várias políticas sociais, precisamente no âmbito da seguridade social.

São diversos os constrangimentos institucionais que se seguem em carga horária diferenciada, funcionários deslocados de função, quadros técnicos com diferentes práticas salariais, funcionários públicos exercendo funções distintas em unidades diferentes, entre outros embaraços que repercutem nos cenários de saúde mental.

Cabe ressaltar que, segundo Vasconcelos (2016, p.76), esse movimento advém de gestões alienadas e fragmentadas do processo de trabalho, das condições e relações de trabalho, da força de trabalho incorporada tanto pelo complexo médico-industrial, nos casos de serviços privatizados, como também nas organizações públicas, o que se reproduz em

[...] salários, precarização de direitos trabalhistas, lógica gerencial e produtivista, similares ao conjunto dos trabalhadores nos demais setores da economia. Esses processos têm efeitos perversos quando aplicados no setor saúde, na medida em que tendem a usurpar padrões elementares da ética profissional, do cuidado contínuo e de uma lógica interprofissional, mais horizontal e compartilhada de responsabilidades, visando à integralidade e à intersetorialidade na atenção à saúde.

Todavia, nas falas dessas assistentes sociais, além das questões referentes ao quantitativo de profissionais nas equipes, aparece a preocupação com o recurso material para a execução, inclusive de seu trabalho, o que mostra por um lado a sua capacidade teleológica de projetar as finalidades de seu trabalho, corroborando com o perfil criativo e propositivo do Serviço Social, haja vista que na saúde,

[...] deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter

a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários. (BRAVO; MATOS, 2009, p.213).

Convém ressaltar que a denúncia flagrante que a saúde mental sofre dentro das rubricas parcas de investimentos públicos desde a consolidação da Lei Antimanicomial em 2001, no palco nacional, e as contraofensivas do capital diante das recorrentes estratégias de subfinanciamento dos entes federados, bem como do trato dado pelas gestões municipais dos serviços e logísticas locais de uso de patrimônio público, repercutem não somente no trabalho do assistente social, como no produto final da reabilitação psicossocial.

Neste sentido, o assistente social deve em sua atuação considerar que estão em organizações com diferentes atores institucionais entre agentes privilegiados, subordinados e de apoio, entre dirigentes, público, mandantes econômicos, políticos e ideológicos.

Nas reflexões de Bisneto (2007, p.186) este profissional precisa estar ciente “[...] das dificuldades em promover a cidadania ou de fazer a reabilitação psicossocial dentro dos limites da ordem burguesa. Mas, se seu campo de intervenção dentro dos estabelecimentos é limitado, seu campo de análise deve ser amplo e, abranger a dinâmica da sociedade capitalista em sua totalidade histórica e social”.

Nesta condição, a organização do serviço público aparece como um “nó” que, segundo Vasconcelos (2012) carece não só de reforma administrativa, mas de um modelo, que tendo como princípio a universalidade, reformule a assistência à saúde e se volte à prática de atenção à saúde integral, principalmente face aos postulados legais que ainda temos, apesar das ameaças. Por isso como revela a autora é preciso atenção, uma vez que as

[...] condições institucionais e profissionais para a realização de levantamentos, estudos, pesquisa, planejamento e avaliação crítica das ações realizadas têm levado os profissionais à reprodução acrítica de práticas autoritárias, controladoras, e basistas em nome dos interesses e necessidades dos usuários dos serviços públicos de saúde. A precarização da atenção prestada pelo Estado faz parte do projeto de desmonte dos serviços públicos, como precondição para a privatização e mercantilização. (VASCONCELOS, 2012, p. 92).

Tais condições demonstram, dentre outros fatores, o movimento do capital que atravessa as conformações dos serviços e rebate nas práticas profissionais, que sofrem com as intervenções macrossocietárias. Como afirma Vasconcelos (2016, p.100-101 grifos do autor), várias são as dimensões:

- as diferentes formas mais objetivadoras de conhecimento científico e técnico que incidem sobre o trabalho em saúde mental, limitando abordagens mais críticas, ou compreensivas, contínuas no tempo e multidimensionais;

- a privatização, terceirização, precarização e descontinuidade das relações de trabalho, com lógica lucrativa, gerencial e alienada das relações e dos direitos do trabalho, gerando quebra frequente dos vínculos clínicos e do cuidado com os usuários;
- a perda salarial, a intensificação do trabalho e o produtivismo no setor público de saúde;
- a gestão mais autoritária do processo de trabalho, com demissões a qualquer momento, assédio moral, impossibilidade de atividades sindical nas empresas terceirizadas, inexistência de planos de cargos e salários, gerando mais estresse e episódios de *burn out* entre os trabalhadores;
- a crescente predominância dos interesses das empresas de serviços de saúde, da indústria de equipamentos médicos, de exames laboratoriais e de imagem e dos laboratórios farmacêuticos no diagnóstico e tratamento das doenças;
- o estímulo a crescente corporativismo que incide sobre o trabalho dos profissionais etc.

Ainda no que tange às questões materiais aparece na fala de uma assistente social a necessidade da articulação intersetorial, da busca constante pela rede de atendimento no município para concretização dos objetivos do CAPS, objetivando a redução das internações. Em que pese os comprometimentos dessa defesa, a profissional se reportou ao fato da regularidade da entrega dos medicamentos como ponto auge do alcance desses resultados, bem como a outra assistente social sobre a trajetória do usuário na rede intersetorial. Dizem elas:

[...] Eu percebo que depois que eu entrei, eu não sei se é porque é a época que a gente passou a ter mais medicação, a gente passou a ter mais apoio do Ministério Público, mas assim a gente vinha tendo muito surto, muito surto, eles iam para o hospital, para Aracaju, inclusive acho que a gente tem ainda uns dois ou três internados na São Marcelo, mas antes eram muitos, era um toda semana, mas assim na primeira semana depois que eu entrei com apoio do Ministério Público pra ver essa da medicação. (E-02).

[...] Não que esses usuários não cheguem até o serviço, que esses usuários não cheguem no CAPS, ele é da rede, ele não é do CAPS. Então a gente sempre deixa muito claro pra os usuários, né, mas aí existe muito aquele preconceito de dizer, ah é usuário do CAPS, mas o usuário do CAPS, ele tem uma dor de dente, ele tem uma dor de barriga, ele não é usuário do CAPS, ele é da rede. A gente sempre tenta mostrar, então quando a gente percebe que o usuário tá sofrendo, aí [suprimida identificação] mas eu fui no dentista e ele disse que eu sou do CAPS, eu fui ali, mas disse, então a gente tenta trazer de uma forma educada, conversando com alguns pra vir até o serviço pra tá mostrando qual o papel dele e aí. Quando eles chegam até o CAPS eles compreendem mais o que é o CAPS, que não é aquele lugar dos doidinhos que vai chegar todo mundo e vai tá batendo e algo assim, então a gente sempre tenta trazer algo da comunidade pra o serviço. (E-03).

Cabe lembrar aqui que as dificuldades relacionadas às questões tanto materiais como as de outras dimensões, não ocorrem somente no locus da saúde mental, aparecendo no eixo dos desafios e dificuldades a importância, ainda que implícita, de experiências profissionais anteriores, das vivências em outros locais de trabalho e da possibilidade de trocar saberes para intervir sobre o mesmo objeto no CAPS: “[...] na saúde, o assistente social tem uma carga

mais suave que não fica só pra você [...]” (E-05), o que demonstra que as profissionais se utilizam de exemplos anteriores para suplantar as dificuldades existentes nos Centros de Atenção Psicossocial. Ademais, uma delas enfatizou que para enfrentá-las é preciso: “[...] ser muito criativo, porque além da parte teórica, além *de todas as referências que tem relacionada a todas as referências universitárias, todas as profissionais que você tem antes de entrar em um serviço*, você precisa se desdobrar muito. [...]. (E-03 grifos nossos).

O que se percebe é a necessidade de traduzir o universo da saúde mental em ações que não estejam somente no âmbito profissional, mas no conjunto de saberes necessários ao trato da “questão social”. Assim, quando uma assistente social traz o suposto sentimento de “carga de trabalho” vivido na política de saúde ao fazer um comparativo com a assistência social, por estar entre poucos profissionais, denota o cariz multifacetário das condições de trabalho, que possuem especificidades nos diferentes espaços da gestão pública; ao mesmo tempo, que, na fala da mesma entrevistada, observa-se, mesmo diante das dificuldades, o grau de satisfação vivenciado por compartilhar com outros profissionais o cotidiano do exercício profissional, fundamental nos cenários do modelo psicossocial: “[...] eu me sinto muito feliz mesmo com várias dificuldades que existem, mas eu me sinto muito feliz enquanto assistente social no CAPS [...]”. (E-03).

Esse modelo psicossocial traz a possibilidade de, no trato da pessoa com transtorno mental, considerar todas as possibilidades de saberes que se cristalizam nas ações profissionais, e exigem a postura, sobretudo interdisciplinar, o que contribui, substancialmente, para o exercício profissional dos assistentes sociais, é o que se vê nos trechos abaixo:

[...] Com relação aos profissionais, aos colegas não, e os outros também tem uma ideia. ‘Ah, vamos fazer tal evento aqui’, todo mundo abraça, participa, a equipe é bem unida nesse sentido, é bem coesa [...]. (E-01).

[...] então aqui eu tento junto com meus colegas, demais profissionais resolver aquele problema naquela hora, o usuário está em crise, quando é uma situação familiar a gente também consegue, consegue resolver aquela situação naquele momento. Então eu acho muito mais rápido, isso que me deixa muito mais motivada pra alcançar, e também autonomia, eu tenho muita autonomia que aqui eu tenho junto com meus colegas, eu tenho uma certa autonomia, em fazer o nosso trabalho, que a gente entende a particularidade daquele usuário, então a gente consegue atender a necessidade naquele momento, usuário está em crise, o que foi que aconteceu, consegue aquela ponte com familiar, aquela ponte medicamentosa, né. Então, a enfermeira, o psicólogo consegue resolver o problema daquele usuário e o usuário não vai bater em outra porta, só se ele tiver com uma outra demanda clínica, ou outra demanda que necessite, então ele não fica rodando e fica pior, que a minha frustração é isso, né não conseguir resolver aquele problema naquela hora e o usuário bate em outra

porta e não é recebido e aí acaba se frustrando mesmo e não vai mais, então eu me sinto muito contemplada. (E-03).

Olhe, que assim eu me apaixonei pela profissão, que já era, mas na saúde mental eu acho que mais ainda. Pelo leque de informações que eu não tinha antes, e hoje eu tenho assim, apesar das dificuldades como falei pra você de tá conversando com as colegas, por isso que eu não fico parada sozinha, vou atrás né pra gente buscar informação pra gente buscar a sociedade e ser exemplo pra sociedade: ‘É a assistente social do CAPS!’. Você tem que mostrar o seu trabalho, né, não é questão de se mostrar de ser reconhecido, é questão de você mostrar a que você veio. Então, recado que dou é pros assistentes sociais que parece até que eu tô que vai passar na mídia, né?!(risos) (E-04).

[...] e as dificuldades eu acredito que sempre a gente tem, mas vai tentando no meio do caminho, mostrar que o trabalho da gente no CAPS também é essencial. (E-05).

Entretanto, para uma assistente social a atuação interdisciplinar e seus meandros na relação com os demais colegas, sobretudo sobre seu papel nas relações de hierarquia, despontam como desafio à medida que ela distingue isso no processo de trabalho da equipe implicitamente, ainda que no outro eixo isso não apareça claramente.

[...] Você não abaixar a cabeça e fazer o papel de qualquer pessoa, eu sou assistente social eu não sou psicóloga: “Ah, atenda aí faça o atendimento, a psicóloga não veio hoje faça”. Eu tô dando um exemplo, digo: “Não meu papel não é esse”, a gente tem que se impor, eu vejo muito, eu vejo as pessoas pelo fato de ser contratado, por ter medo de perder o emprego, muitas vezes fazem coisas que não tem seu papel e isso desmistifica e a gente perde nossa essência como assistente social, por isso que acontece de eu chegar em muitos locais e dizer que, “eu nem sabia que era assistente social”, porque fez tanto de tudo, que acabou perdendo a essência do seu papel, “Quem é a assistente social?!”, “O que é que a assistente social faz?!”. A gente tem que deixar isso claro, fazer de tudo que aqui eu faço de tudo, ajudo desde servir, ser humilde e humilde não é pra se amostrar [...] não pode acontecer isso, e nem se abaixar, “Ah, é coordenadora é!”, mas eu tenho que saber o meu papel, é tanto que eu buscava muito isso pra saber meu papel pra eu me impor, não é questão de medir força não, mas da gente saber delimitar o profissional. (E-04).

Não obliterando tais dificuldades internas aos CAPSs, há os fatores externos e podem estar conectados à imagem de “periculosidade” que se tem dos usuários dos CAPSs em que vale a pena refletir acerca do estado dessas pessoas, quanto aos desafios postos na nossa sociedade no que toca à promoção da cidadania. O depoimento abaixo reflete as consequências de um perfil de usuário comum aos CAPSs:

[...] Ah! Você precisa participar de acordo com seu Projeto terapêutico, não seu Projeto Terapêutico é feito com ele é pactuado com ele, eu já vi muito, tem tudo isso né!. Então o Projeto Terapêutico é de acordo com o usuário,

com a necessidade dele naquele momento ele precisava disso, e hoje ele pode não precisar mais, então tem grupos que o usuário não quer participar, pode cismar o profissional isso de fato pode acontecer, pode cismar um companheiro que tá ao lado, reclamar: ‘Ah, o cheiro dele eu não gosto; ele olhou assim pra mim’, então você precisa identificar várias situações pra não obrigar o usuário. Teve um usuário outro dia que disse que saiu do grupo porque não gostava do grupo, mas ela depois veio me pedir desculpa, porque ela queria participar de uma outra atividade porque queria ficar perto de um outro colega e no mesmo horário, e não podia ficar. Então tive que entender e explicar pra ela, porque também eu não trato nenhum usuário como coitadinho: Se vacilou e falou algo que não seria interessante naquele momento ele é chamado pra conversar, pra explicar o processo, qual é o serviço. E assim: “Ah, você errou, você é um coitadinho, uma pessoa com transtorno”, não, não existe isso, e eu acho interessante que eles agradecem e começam a falar, eles trazem muito isso, [suprimida identificação] se você tivesse pegado pesado comigo naquele momento talvez eu não seria a pessoa que sou hoje, porque muitas das vezes o usuário ele, tem alguns usuários que são agressivos, né!. A gente sofre muito com isso, não sei se tem pergunta nesse sentido aí, mas assim tem usuário muito agressivo, então você precisa se impor enquanto profissional, mostrar que não tá com medo daquela situação você pode tá com as pernas gelada, mas você precisa mostrar segurança naquela situação, senão o bicho pega (risos)!.(E-03)

[...] O papel não é só da gente, é conjunto, desde a comunidade, é uma responsabilidade geral da sociedade, porque a gente cuidando desse individuo bem a gente vai ter uma sociedade melhor, tranquila que não tenha medo de ser agredido, ser atingido e também tirar, desmistificar esse preconceito. [...]. Você tem que dar amor, dar carinho, não é brigar com o outro, ele tá com problema e tem que ser tratado como qualquer outro problema mental, problema físico. Porque tem aquele preconceito também, ‘Não é safadeza, é isso e aquilo’. Você sabe têm aqueles preconceitos da saúde mental também: “Não existe depressão”!. Tem muito esse preconceito também, então desmistificar tudo isso, não é fácil, mas é possível desde que trabalhe junto, né!. (E-4).

Outra dificuldade apontada pelas entrevistadas diz respeito à busca da autonomia dessas pessoas diante do abismo existente entre a cidadania e a realidade da pessoa com transtorno mental, conforme depoimento abaixo:

[...] Tem gente que vem pro CAPS e abandona logo, e tem gente que vem e a gente cadastra, venha uma vez na semana, uma vez ou duas, aí quer passar a semana toda e aí tem gente que tá desde 2013 aqui. Na minha perspectiva, CAPS não é abrigo, não é uma instituição asilar. Certo é pra você tratar, não curar porque muitas das doenças do transtorno não têm cura, mas dá uma melhora significativa e aí quando você estiver bem, estiver estabilizado, vá viver sua vida independente que é isso que a gente quer, que eles tenham independência. Às vezes a gente consegue, às vezes não. [...] Então é assim uma gama, uma diversidade de motivos ‘N’, mas no geral a gente aos trancos e barrancos a gente até que consegue ver uma melhora na vida das pessoas, consegue que elas fiquem um pouquinho independente ao menos por um bom espaço de tempo. (E-01).

Outra situação que remete à condição histórica da pessoa com transtorno mental diz respeito ao estigma de “perigosos” que essas pessoas ainda sofrem e repercutem também no ideário de muitos profissionais da saúde, principalmente os iniciantes nos processos de trabalho dos CAPSs, conforme indicam os depoimentos:

[...] No começo eu tive algumas dificuldades, por achar que tinha medo do paciente que ia chegar aqui, entendeu, que tem uns que se a gente mostrar medo, eles vão lhe dominar, e se você não mostrar medo, se mostrar de amigo, tentar ir chegando a gente vai conseguindo, né. Nem sei o que dizer dele, um apoio como se diz, né, queira ou não queira aquele vínculo, e aí é um amigo depois que passa a ter esse vínculo. (E-05).

[...] Me sinto realizada, independente do salário não ser bom, independente das dificuldades de segurança que o profissional sofre diariamente. (E-03).

Porquanto, é também a possibilidade profissional de romper com esse ciclo que muitas profissionais vão a busca de mecanismos de “compensação” desses estigmas, corroborando com os objetivos do modo psicossocial vigente.

[...] Eu acho que todos os CAPS têm que envolver mesmo a comunidade porque o nosso CAPS por não ter a contrapartida municipal eu acho que também temos uma “certa autonomia” em relação a isso, por não ter “jeitinho” do prefeito, e isso, então a gente tem uma autonomia boa assim com relação a nossas atividades. Relacionado ao nosso município mesmo a gente tenta sensibilizar secretários e demais com usuários, com o CAPS, é tanto que as ações, por exemplo, no carnaval quem toca é o [suprimida identificação], junto com pessoal do serviço de convivência de fortalecimento de vínculos do CRAS. Então, é uma forma de tá trazendo essas pessoas pra o serviço, a gente tenta da melhor forma apresentar os usuários, já que os nossos usuários é de todo mundo, então a gente pode estar em qualquer espaço. (E-03).

[...] Teve uma atividade física semana passada que a gente justamente fez a comemoração da Luta Antimanicomial e a gente foi com eles pra quadra de esportes, onde estavam várias crianças de várias escolas, e a gente chamou pra eles participarem com a gente e as crianças fizeram com maior gosto e fizeram atividade física e dançaram e davam risadas e eles também, alegres, se sentindo parte, cidadão importante. É desmistificar esse preconceito que há, então é esse o papel do assistente social. Eu até fiquei emocionada que é rico aqui no CAPS, se a gente puder trabalhar de uma forma humana, militar na área, um tratamento humanizado faz efeito e eu não tô falando só de palavras, filosofando aqui, tô falando a realidade com provas do que isso acontece, dos passeios, a gente fez um passeio à praia tem uns dois meses e vários relatos: “primeira vez que fui à praia, que eu vi o mar”. Isso são coisas assim que você fica: Nossa! Você acha até que não existe né, mas existe imagine a alegria daquela pessoa, que ele foi, e que tinha outras pessoas junto, que ele foi fazer um passeio, tá entendendo?!A gente acha que não é nada, mas das simples coisas que a gente vê as grandes. Teve um trabalho também do Dia da Mulher, que a gente fez a maquiagem, chamou o pessoal do Boticário, e numa das falas dela que ficou muito feliz, que era a primeira vez que ela tinha sido maquiada, que ela nunca tinha sido maquiada na vida, aquilo emocionou todo mundo, né, isso, é autoestima, e uma senhora de

quase 45 anos dizer que nunca tinha sido maquiada, então é isso. Então o CAPS tá realmente auxiliando, dando autoestima, inserindo na sociedade que é o que a gente tá fazendo. O ano passado também foi no Dia da Mulher muito interessante, levou flores nas instituições do município, finanças, educação, saúde e um papelzinho dizendo: “Feliz Dia da Mulher!” E a flor eles que foram entregar as essas mulheres. Isso é inserção, as pessoas que receberam ficaram felizes, e a gente também está desmistificando esse preconceito com eles. Eles também não se sentiram menosprezados, porque eles também nas oficinas: “Ah, ainda chamam a gente de louco”, ainda tem preconceito, doido, a gente diz: “Doido é quem não se trata, doido é quem não se cura, vocês são pessoas cidadãs que estão buscando a cura, vocês tem algo que não tem cura, mas tem melhoria, tem um progresso, e estão próximos de vocês”, é que venho falando muito da Luta Antimanicomial, a gente nunca esquecer dessa data. (E-04).

Estes dois depoimentos (03) e (04), mostram largas possibilidades do fazer profissional e, trazem um Serviço Social capaz de contribuir na desconstrução, na desmistificação do universo restrito que a sociedade deposita aos sujeitos com transtornos mentais, à medida que desvela preconceitos, estigmatizações herdadas de nossa formação social. Dessa forma, a profissão permite descortinar as determinações sociais da doença, através de sua postura crítica e propositiva, recolocando dentro do processo de trabalho novas bases de atuação, ao tributar aos sujeitos possibilidades de superação de visões e costumes autoritários e coercitivos de nossa trajetória histórica, recompondo e vislumbrando novos horizontes para estes sujeitos.

Isto remete a importância do “vínculo” com as pessoas com transtornos mentais, demonstrando o caminho possível do CAPS na troca com essas pessoas e os elementos cruciais ao desenvolvimento de relações de pertencimento, a partir de referenciais das trocas sociais e afetivas também com os usuários, conforme depoimento abaixo:

[...] Essa parte ela é muito gratificante, não só porque o usuário vem aqui e diz [fulana], “obrigado”. Outro dia teve uma usuária que teve aqui e ela nunca fica até esse horário, e ela veio aqui, entrou e pela manhã ela sempre vem falar comigo e, sempre vem me dar bom dia e aí ela não veio, ela esperou dar meio-dia, tinha muita demanda aqui, eu não conseguia sair da sala e fiquei até meio-dia sem conseguir levantar dessa cadeira e aí ela veio e disse: “[fulana] eu quero falar com você, eu disse fale o que foi?! Ela falou: eu vim dizer que “eu te amo”. Então, deixa você um pouco desarmado, mas claro que você não fica, a gente não pode se sensibilizar tanto, né, e abraçando e, eu não faço muito isso. Eu não sou muito disso, de tá abraçando e tal e assim você percebe o reconhecimento desse usuário. “Ah, eu tava sentindo falta do seu grupo e dessas pessoas”. Então, elas criam vínculos ali com aquelas pessoas, claro que a gente informa, orienta que aqui é profissional, mas que você cria muito vínculo profissional, mas cria um certo vínculo pra tá conversando e pra tá nas demandas dele e, aí, muitas das vezes, ele tem a ponte maior comigo porque eu dou essa liberdade de sempre atendendo as necessidades deles. Quando acaba o grupo, eu tô sempre atendendo esses usuários, então eu acho que o que é gratificante da saúde mental é isso você conseguir atender os usuários. (E-03).

Fatores externos à dinâmica do CAPS, também impactam no trato da família, considerando o tripé: Estado, família e sociedade. As falas apontam que é a maior parte do tempo, na família que os laços sociais chegam a cristalizar as determinações que revelam a natureza ambígua dos sentimentos de superproteção ou abandono. É o que se vê nos relatos que seguem:

[...] Geralmente é até um apoio familiar né, que eles não têm em casa. Eu acredito que 98%, 97% é estrutura familiar, sabe por conta de medicação que não dão em casa direito, por conta de apoio psicológico, que eles reclamam. Até eu converso com eles aqui, em relação a isso, e até nisso eles melhoraram muito, não só eu, mas como todos e até outros profissionais. Porque se a gente tá tratando, cuidando deles, a gente tem que cuidar da mente, né!. E às vezes, eu converso com eles: “Vocês tão fazendo um tratamento e que quem tá aqui, quem estão cuidando de vocês estão cansados, estão adoecidos também, por isso esses encontros também. Então, se eles dão um ‘estouro’, vocês têm que entender isso”. E às vezes, eles vêm até dizer, estou até me lembrando de um caso: “Olha, eu estou mais paciente com minha filha, que eu entendo que ela ainda é adolescente, ter que vir pra aqui, sei que vocês chamam, porque realmente é isso, né!”. (E-02).

O relato acima pode ser explicado pela via da análise dos efeitos da hegemonia neoliberal e, seu consequente desinvestimento social em políticas que abarquem as carências das famílias, haja vista, o acúmulo de funções familiares e a “reprivatização do cuidado”, cenário no qual as pessoas com transtornos mentais são aviltados, diante das crises socioeconômicas quando suas famílias também são atingidas, desembocando em contextos até mesmo de violência, abandono, omissão, como alerta Vasconcelos (2016, p.88-89 grifos do autor):

[...] quando as políticas sociais universais são sucateadas, diminui-se o investimento mais global na assistência aso grupos sociais improdutivos com fragilidades existenciais, com várias possibilidades de encaminhamentos: migração dessas pessoas para as próprias famílias (reprivatização do cuidado) ou para o setor filantrópico; desassistência e negligência social, inclusive com aumento do contingente de população em situação de rua; ou ainda transinstitucionalização, sendo o sistema prisional um dos principais desaguadouros desse tipo de população. *Em contextos de desfavoráveis como estes, as possibilidades de avanços diminuem em uma reforma psiquiátrica abrangente e bem-sucedida, com suporte efetivo e intersetorial no território.*

Nesse sentido, podemos verificar que enquanto uma fala segue na direção de evocar outros entes públicos no trato das necessidades da saúde mental e isso demanda envolver o tripé citado acima, outra clama pela valia que os CAPSs têm no território, quando proclamam o papel de um CAPS na redução das internações, visto que cumpriria seu papel enquanto interlocutor das necessidades dos usuários e seus familiares:

[...] Porque se um usuário tá em crise e você manda pra uma urgência mental, você não atendeu um usuário, o remédio não é ligar pro SAMU, são várias situações, são vários desdobramentos que tá resolvendo o problema do usuário, então eu acho que é o que satisfaz, enquanto profissional, enquanto assistente social é justamente isso. [...] (E-03).

Contudo, no geral, dadas as dimensões micro e macrosociais, as profissionais se sentem compensadas pela possibilidade de conhecer a saúde mental. A atuação em CAPS, em suas entrelinhas, expressa a satisfação das assistentes sociais com o resultado de seu trabalho, conforme depoimento abaixo:

[...] Eu me sinto muito contemplada porque a gente consegue atender aquele usuário na sua necessidade naquele momento. Se um usuário está em crise, eu fico até emocionada de falar isso, mas assim porque é muito real isso, eu não vivenciei isso enquanto assistência, eu tive muita dificuldade de uma situação de um benefício eventual pra aquela família, a família já tinha passado por várias outras situações que ocasionaram diversos problemas de saúde, então demorou demais. (E-03).

O depoimento acima também reflete as dificuldades enfrentadas ao se utilizar a rede que dá suporte ao serviço, principalmente diante das carências socioeconômicas do usuário. Quando se refere ao público da assistência social, a exemplo da concessão do benefício eventual, essa situação se complexifica quando não ocorre o atendimento. Por outro lado, os CAPSs podem trazer um diferencial no atendimento da pessoa com transtorno mental ao percebê-la em suas necessidades, não somente material, mas na forma como é feita a abordagem desse sujeito, fazendo-se as mediações necessárias, reforçando a importância do vínculo na saúde mental.

Nesse sentido, Bisneto (2007, p. 91) aponta que na prática do assistente social na área de saúde mental,

[...] os objetos de Serviço Social e da psiquiatria estão ligados, conforme os estudos epidemiológicos que comprovam que problemas sociais levam a problemas mentais. No sentido inverso, também a experiência mostra que como problemas mentais levam os indivíduos a enfrentar sérios problemas sociais. Mas, para além dos estudos estatísticos, é necessária a análise histórica e estrutural da relação entre os fenômenos da Saúde Mental e da Assistência Social.

Nessa medida, ao usarem os termos que denotam formas de lida com esses sentimentos, ou dificuldades na sua formação ao solicitar opiniões de outras áreas, ou quando saem de seus locais de trabalho em busca de articulações, são muitos os indícios que a prática dessas assistentes sociais está em ponto de ebulição, trazendo inovações nas reflexões internas à profissão, como também provocando o processo de trabalho dos serviços com seu saber específico.

Outrossim, o Movimento da RP trouxe tantos avanços quanto a sua ousadia de colocar na ordem do dia a cidadania do “louco”, aquele dito como desarrazoado e passados muitos anos do estopim histórico na trajetória da saúde mental, como a Carta de Bauru, e o estabelecimento dos CAPSs como instituições capazes de dar cõro as propostas, mesmo que limitadas no seu aporte legal. Segundo Bisneto (2007, p.56),

[...] ainda se preserva a dicotomia entre o psíquico e o social, mantendo a clivagem entre produção e subjetividade, deseconomicizando o psiquismo, desistoricizando a produção, isolando a subjetividade das relações sociais concretas e vice-versa. [...] Superar estas dicotomias é um dos objetivos que cremos estar o assistente social bem estruturado para protagonizar no Movimento de Reforma Psiquiátrica, desde que tenha a formação adequada, em razão de sua capacidade de realizar análise social.

Essa dicotomia revelada acima, ainda é sintoma de que precisamos afinar a interdisciplinaridade nas rotinas dos CAPSs, conjugando saberes sim, mas estando em relações horizontais que ainda estão em vias de se construir, face aos reordenamentos que trazem também problemas como falta de capacitação, insuficientes formações profissionais, alta rotatividade das equipes, dentre outros fenômenos que pesam nos resultados finais das práticas em CAPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas sociais constituem-se o solo de conformação capitalista no conjunto de lutas e conquistas da classe trabalhadora. O Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, contribui para a reprodução ampliada do capital, atuando nas expressões da “questão social”, sob a condução do Estado em busca de balizar as contradições da relação capital x trabalho.

No entanto, o exercício profissional do assistente social não é tarefa simples. Enquanto executor de políticas sociais, deste é exigido uma série de especificidades e mediações no cotidiano profissional, que requer um amplo conhecimento teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político.

A política de saúde no Brasil, espaço sóciocupacional de muitos assistentes sociais e uma das pioneiras dentre as políticas sociais, tem sido minada frente aos novos arranjos políticos, econômicos e sociais, nos quais a mercantilização e a fragmentação têm sido o mote que marca um forte processo de desconstrução dos ideais propostos pelo movimento Reformista Sanitário no século passado.

Nesse ínterim, a trajetória da saúde mental não deixou de sofrer com as mudanças que foram ocorrendo ao longo das décadas, mas que em menos de um século permitiu novas validações à concepção de loucura e foi depositária de momentos conjunturais econômicos, políticos, sociais, ambientais e culturais que tiveram como trunfo a Reforma Psiquiátrica.

No contexto brasileiro, esta Reforma foi envolvida pela atmosfera da redemocratização aos finais dos anos de 1970, que, aliada às diversas experiências de países como a Itália e Espanha, teve entre os seus objetivos reposicionar o “louco” no ordenamento social. Era necessário abalar os “olhares” também dos profissionais e da comunidade em geral sobre os diferentes modos de vida, trazendo para ordem do dia o direito à “loucura”, mas em liberdade, em contextos de vida em sociedade e mais a frente em equipamentos territoriais com a chegada dos CAPSs, na passagem do século XX.

A inversão da lógica do cuidado orientou-se, à princípio, pelo advento da quebra de paradigma da psiquiatria pré-moderna, em que a “loucura” era tratada como algo “anormal” e, por isso, trazia como sistemática uma assistência aos “loucos” sem considerar sua condição humana relegando ao esquecimento ou total insignificância as pessoas que não se comportassem semelhantemente aos “normais”, retirando-lhes do conjunto de objetivações por longos anos e destituindo a sua cidadania.

Graças aos modelos substitutivos, a assistência ao público com transtorno mental tem sido mediada pela complexidade das demandas desses sujeitos, resultante do enclausuramento

nos antigos manicômios, locais de “cuidado” que impulsionaram inúmeras violações de Direitos Humanos e sequelaram indivíduos, famílias e comunidades, necessitando de uma reorientação do “cuidado” baseada no conceito ampliado de saúde.

Na saúde mental, buscou-se produzir relações sociais e de saúde que buscassem a melhoria da qualidade de vida, considerando-se a importância do trabalhador como elemento-chave na transformação das instituições e do cenário da saúde, sem os quais os vínculos e a atenção biopsicossocial ficariam comprometidos.

Neste sentido, precursores da Reforma Psiquiátrica, a exemplo de Basaglia, nos lembraram de colocar a doença entre parênteses, sendo necessário reconhecer o mesmo sujeito rotulado de doente mental ou “louco” ao viver danos, muitas vezes irreversíveis, tendo sua condição, não somente recuperada, mas potencializada em seus percursos de vida com o acompanhamento de múltiplos profissionais em meio aberto como os CAPSs.

Não obstante, como parte dessa força na construção de “novos” sujeitos, somente na década de 1970, os assistentes sociais seriam convidados expressivamente e quantitativamente a ingressarem nos serviços, à época os hospitais psiquiátricos, locais nos quais esses profissionais, ao serem chamados a implementar o processo de trabalho em saúde mental, se depararam com conceitos como a reabilitação psicossocial, uma vez que se inserem em processos de trabalhos e com o seu saber percebem que em sociedades marcadas pela desigualdade social há perdas muito complexas para pessoas com transtornos mentais que passam, inclusive, pelo reconhecimento de seu estatuto cível, de capacidade ou não capacidade, e atravessam o âmbito cultural para construir relações também desiguais de saúde, inclusive dentro desse mesmo grupo, entre profissionais, familiares, a comunidade e em toda seara social.

Todavia, nesse entremeio, a depender da correlação de forças em que estejam as construções de saúde destas pessoas, vislumbraram-se uma vasta colheita de novos elementos para o estabelecimento de novas relações, mais próximas das relações de igualdade e justiça, mas não encontraram caminhos prontos, posto que esse constructo de distanciamento do cerne da doença, tão caro ao modo psicossocial, se revelara no cotidiano do trabalho dos assistentes sociais, também com determinações biopsicológicas dos indivíduos, conhecimentos estes não particulares da profissão, mas da perspectiva de Campo e da vivência interdisciplinar.

Ao passo que os demais profissionais de saberes distintos tenderam a se aproximar das categorias ontológicas do ser social, a exemplo da própria discussão de trabalho, os assistentes sociais precisaram emergir na perspectiva de Campo, talvez no sentido enviesado da proposta “basagliana” para melhor compreensão da saúde mental.

No entanto, tal tarefa no cenário da saúde mental é complexa, e na qual os profissionais obscurecem na sua prática reflexiva e interventiva e, cuja linha de atuação esta pesquisa pretendeu desvelar, haja vista as pesquisas acadêmicas em torno da prática do (a) assistente social conceberem a presença de grupos funcionais envolvendo as famílias, como característica nuclear da profissão. Porém, é importante desvelar um trabalho executado para além do trabalho com famílias, cujos resultados das práticas em um CAPS se dá num equacionamento das dimensões de Campo e Núcleo, em que o processo saúde-doença só pode se transmutado na aproximação das necessidades dos sujeitos com transtorno mental, familiares e comunidade, desmistificando o ser com transtorno mental.

Nesse sentido, o Serviço Social, na perspectiva de desinstitucionalização e como recurso de ida e vinda à particularidade profissional, cogitou apostar na sua valorização enquanto sujeito humano-genérico, bem como do contato com universo rico de expressividades subjetivas como subsídios para objetivar sua intencionalidade profissional, contribuindo para a constituição de espaços fartos de expressões em diversos aspectos, onde diferentes profissionais terminaram despertando aproximações sucessivas com estes sujeitos, através da construção de vínculos, e contato com outros saberes coletivos capitaneados dentre outras profissões, também do Serviço Social.

O manejo das relações com o público usuário dos serviços de saúde mental é incorporado no trabalho profissional do assistente social como um condicionante a mais na consolidação desse saber junto aos demais profissionais, sem tangenciar o espaço intencional deste profissional que o coloca na divisão social do trabalho como profissional interventivo, que lança mão da análise da realidade para escolha de instrumentais que mediem a sua intencionalidade junto ao seu objeto de intervenção: a “questão social”. Sobre isso Guerra (2011, p.203, grifos da autora) refere que ao afirmar “[...] sua instrumentalidade, o assistente social acaba por utilizar-se de um repertório técnico operativo comum a outras profissões sociais, porém a intencionalidade posta na utilização do instrumental técnico porta a *tendência* de propiciar resultados condizentes com a perspectiva para a qual sua ação se direcionou.”

Como o aspecto relacional que a saúde mental engendra é essencial na produção de saúde e do alcance dos seus objetivos, a interdisciplinaridade é mola propulsora desses processos, e à medida que vão sendo superados os “disciplinarismos” reforçam-se posturas, relações, atitudes diante do conhecimento que exigem a recolocação de concepções fragmentadas do conhecimento em um sentido único de potência e, remetem, necessariamente, à abordagem interdisciplinar para busca do sujeito em sua completude.

Tendo em vista essas questões, o presente estudo tomou como sustentáculo a atuação dos (as) assistentes sociais nos CAPSs em Sergipe. Identificou-se as atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais nos CAPS; verificou-se como ocorre a atuação do assistente social nos CAPS e como orientam sua atuação para as dimensões de Campo e Núcleo; além de examinar os principais desafios e dificuldades enfrentadas pelos (as) assistentes sociais nos CAPS.

Em vias de conclusão desse trabalho, percebemos os percursos possíveis nas análises realizadas, compreendendo que esta pesquisa é somente um ângulo possível de enxergar a amostra apresentada, sem perder de vista a dinâmica da realidade que salta aos olhos do conjunto de atores que pensam a profissão do Serviço Social na saúde mental.

Nesses moldes, o que pode se verificar em nível institucional foi o aumento da implantação dos CAPSs de 2005 para os dias atuais, já na vigência da Lei 10.216/01 que instituiu a rede substitutiva no país e em Sergipe. Segundo Iamamoto (2007 apud CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2015, p.13), “[...] há estimativas, ainda que devam ser matizadas, considerando a dinâmica do mercado de trabalho, de que o número de profissionais poderá dobrar em 10 anos”. E esses resultados maturaram-se no campo da saúde mental que absorveu essas assistentes sociais nos CAPS’s em Sergipe.

No quantitativo de trabalhadores, apreendeu-se a concentração de mulheres como assistentes sociais, formadas nos últimos 24 anos, isto é, com o Projeto Ético-Político em vigor e, nos bancos universitários dos principais centros de formação superior em Sergipe.

Com mais de um vínculo profissional, seguiram procedimentos já adotados por outros assistentes sociais, por não serem os primeiros assistentes sociais dos CAPSs. Todos os serviços pesquisados possuem apenas um assistente social que necessita constantemente esclarecer qual o seu papel, inclusive nas relações com setores da justiça que demandam explicações sobre a alçada profissional, bem como o papel do CAPS.

No que diz respeito às ações desenvolvidas, estas possuem uma relação direta com as demandas históricas da profissão, tais como: atendimentos individuais, visitas domiciliares, reuniões de família, e outros. As assistentes sociais referendam as demandas históricas, acrescentando nelas as exigências do modelo da saúde mental como acolhimentos, busca ativa, atenção às crises, vínculo entre outras.

A maioria das assistentes sociais expressa sua imagem a partir do reforço de sua especificidade quando questionadas acerca de como são vistas nos seus respectivos espaços de trabalho.

As entrevistas, em sua maioria, revelam a partilha de decisões como algo necessário no caminho interdisciplinar, descobrindo o usuário enquanto um ser biopsicossocial, espiritual e cultural, mas manifestam a pouca apropriação na compreensão do trabalho interdisciplinar, além do manejo de “crises”, se aproximando de funções nucleares da profissão. Porém, no saldo geral, verificam-se várias possibilidades no sentido de se afunilar o trabalho hoje muito mais multiprofissional, na direção da interdisciplinaridade, como um celerê articulador de condições materiais de existência para sanar algumas necessidades postas aos indivíduos com transtornos mentais.

Quanto às dimensões do trabalho de Núcleo e Campo percebeu-se a pouca clareza no balizamento destas dimensões no discurso das assistentes sociais, demonstrando a ausência desse debate na formação profissional, como também ao longo das trajetórias profissionais, ao considerar a nossa capacidade e exigência ética de formação continuada.

No que tange aos desafios e dificuldades, as assistentes sociais apresentam muitas questões que vão desde as dificuldades materiais, recursos humanos, financeiros, àquelas que passam pela solidez de suas experiências em outros locais de trabalho, a “carga” de responsabilidades que dividem nos CAPSs com outros profissionais, as relações de hierarquia entre os demais da equipe e, seguem em apontamentos que chegam aos mecanismos de articulação intersetorial, como resposta diante da falta de insumos, até a inovação na abordagem dos sujeitos com transtornos mentais com seus perfis e imagem social.

Todavia, muitas questões foram suscitadas nesta pesquisa, mas não puderam ser aprofundadas, dada a necessidade de trazer luz ao objeto de pesquisa e a vinculação com seus objetivos.

Por fim, cabe ressaltar que este estudo faz um recorte da realidade que vige nos cenários das práticas das assistentes sociais e anuncia, com isso, outros estudos que sigam na direção da sistematização das vivências, bem como transpassem o âmbito do que fazem para o “porque” fazem, na teia de relações do trabalho coletivo, na tentativa de apropriar outros elementos que esta pesquisa não pode captar.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL, **Luta antimanicomial pede saída do coordenador de saúde mental do Ministério.** 2015. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2015-12/luta-antimanicomial-pede-saida-do-coordenador-de-saude-mental-do>. Acesso em: jan. 2019.

Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). **Declaração da OEA sobre uma nova política sobre drogas.** 2016. Disponível em: https://www.abrasme.org.br/informativo/view?TIPO=&ID_INFORMATIVO=40. Acesso em: jan.2019.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida:** a trajetória psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANTUNES, SMMO.; QUEIROZ, MS. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública.** 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/21.pdf>. Acesso em: jan. 2019.

BARREIROS, G. B. Organização dos serviços para garantir acesso e promover vinculação do usuário de drogas. *In:* BÜCHELE, Fátima; PETUCO, D. R. da S. (Org.). **Curso de atualização em álcool e outras drogas, da coerção à coesão.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública/UFSC, Unidade 02 Módulo 04 p.56, 2014.75 p.: il.,grafs. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/Conteúdo do módulo>. Acesso em: jan. 2015.

BAPTISTA, M. V. A ação profissional no cotidiano. *In:* MARTINELLI, M. L.; ON, M. L. R.; MUCHAIL, S. T. (Orgs.). **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber.** 2ª. ed., São Paulo: Cortez, EDUC, 1998.

BEHRING, E. R. Fundamentos de Política Social. *In:* MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BERTUOL, C.. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde:** experiências do Brasil/ Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, Unidade 02, Módulo 03, p.44.2007. 304 p. (Série B Textos Básicos de Saúde). (Série Promoção da Saúde, n. 6).

BEZERRA, B. A Clínica e a Reabilitação Psicossocial. *In:* PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996. (Saúde Loucura, 10).

BISNETO, J. A.. **Serviço social e saúde mental:** uma análise institucional da prática. 3ª. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BONADIO, A. N. **O processo de reabilitação psicossocial de dependentes químicos:** estudo qualitativo em uma residência terapêutica, 2010. Disponível em: <http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/39193/Publico-39193.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: nov. 2016.

BORON, A. **A coruja de minerva**: mercado contra democracia no capitalismo contemporâneo. Petrópolis: Vozes, 2001.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: out. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 287**, de 08 de outubro de 1998. Sobre a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde; e o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: out. 2017.

BRASIL. **Lei nº 10.216/01**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece as modalidades de CAPS. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=322>. Acesso em: out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dicas em saúde**: ambiência. Janeiro de 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/170_ambiencia.html. Acesso em: jun. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: jun. 2018.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil) CFESS. **Parâmetros de atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília: 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 854**, de 22 de agosto de 2012a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html. Acesso em: out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 854**, de 22 de agosto de 2012b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/29/Documento-Sobre-Procedimentos-de-CAPS-RAAS-PSI.pdf>. Acesso em: out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2013. **Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios.** Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf. Acesso em: jun. 2019.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). 2015. **Sobre a incompatibilidade entre graduação à distância e serviço social.** Vol.1. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/incompatibilidadevolume1_2015-Site.pdf. Acesso em: jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>. Acesso: out. de 2018.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). 2018a. **Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas.** Disponível em: <https://site.cfp.org.br/lancamento-do-relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: jan. 2019.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **CFESS marca presença em lançamento de relatório nacional sobre comunidades terapêuticas.** Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1485>. Acesso em: jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde no Brasil (DATASUS.). **Internação hospitalar do SUS por local de residência/ano/CID-10/transtornos mentais e comportamentais/CAPS Braz Fernandes Fontes.** 2018c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrse.def>. Acesso em: out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017**, 2018d. Disponível em: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/portaria-interministerial-no-2-de-21-de-dezembro-de-2017/>. Acesso em: fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria ministerial nº 02 de 21 de dezembro de 2017**, 2018e. Disponível em: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/portaria-interministerial-no-2-de-21-de-dezembro-de-2017/>. Acesso em: fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde no Brasil (DATASUS). **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acesso: jan. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Governo Federal destina R\$ 87 milhões ao acolhimento de dependentes em comunidades terapêuticas**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43093-governo-federal-destina-r-87-milho-es-ao-acolhimento-de-dependentes-em-comunidades-terapeuticas>. Acesso: fev de 2019.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. Formação e trabalho profissional. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO; SANTOS, J. S. A Política de Saúde na Atual Conjuntura: Algumas Reflexões Sobre os Governos Lula e Dilma. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. **Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas, SP: Papel Social, 2016.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>. Acesso em: out. 2017.

CAMPOS, G. W. de S. Uma utopia possível: o SUS Brasil. **Revista Radis**. Comunicação e Saúde nº 145 ENSP-FIOCRUZ, out. 2014.

COSTA, M. D. H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

COSTA, M. D. H. da. **O Trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais**. 1998. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-7.pdf. Acesso em: jun. de 2019.

COSTA-ROSA; A., LUZIO, C. A.; e YASUI, S. **Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva**. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*, 1, 13-44, 2003. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/122142836/7-a-Costa-Rosa-A-Luzio-C-A-Yasui-S-Atencao-Psicossocial>. Acesso em: out. 2016.

COUTINHO, C. N. **Estruturalismo e miséria da razão**. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

DEMO, P. **Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento**. 2ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. (Coleção Loucura & Civilização).

DIAS, Miriam T.. G. Serviço Social e Saúde Mental: Debate ainda necessário In: BARCELLOS, Warllon de Souza. **O exercício profissional do serviço social nas políticas**

de saúde mental e drogas/Warllon de Souza Barcellos; Miriam Thais Guterres Dias; Andréa Valente Heidrich – Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

DIEHL, A., CORDEIRO, D. C., e LARANJEIRA, R. (2009). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

DIMENSTEIN, M. **O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais**, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v4n6/v4n6a07.pdf>. Acesso em: jun. de 2018.

FAZENDA, I. C. Arantes. **Interdisciplinaridade: História, teoria e pesquisa**. Campinas, SP: Papirus, 1994 – (Coleção Magistério: formação e trabalho pedagógico).

FAZENDA, I. C. **O que é interdisciplinaridade?**/Ivani Fazenda (org.). – ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

FIALHO, M. B. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. *In*: ZEFERINO, M. T.; RODRIGUES, J. ASSIS, J.T. de (orgs.). **Crise e urgência em saúde mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental**. 3ª ed. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Módulo 01, p.45-46, 2015. 101 p.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Plano Editora, 2003.

GAMA, J. R. M. **Serviço social, projeto ético-político e participação dos usuários nos Centros de Atenção Psicossocial de Aracaju/SE**. 2015. 121 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, 2015. Disponível em: https://pergamum.bibliotecas.ufs.br/pergamum/biblioteca/index.php?resolution2=1024_1#sob_e_paginacao. Acesso em: fev. 2018.

GENTILLI, R. de M. L. **Representações e práticas: identidade e processo de trabalho no Serviço Social**. 2.ed. revista. São Paulo: Veras, 2006.

GIL, A. M. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3ª. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GODOY, M. G.. - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. *In*: CABRAL, B.; SPRÍCIGO, J. S. (orgs.) **Curso de atualização em álcool e outras drogas, da coerção à coesão**. Processo de trabalho nos serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, Uni. 01 Módulo 05, 75 p., 2014.

GOLDBERG, J. I. Reabilitação como processo. *In*: PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. (Saúde Loucura, 10).

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004. Disponível em: [www.ufjf.br/labesc/files/2012/03/ A Arte-de-Pesquisar.pdf](http://www.ufjf.br/labesc/files/2012/03/A-Arte-de-Pesquisar.pdf); p-85-101. Acesso em: set. 2017.

GUERRA, A. M. C. **Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas**. 2004. Disponível em: http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume07/n2/reabilitacao_psicossocial_no_campo_da_reforma_psiquiatrica.pdf. Acesso em: out. 2016.

GUERRA, Y. O projeto profissional crítico: estratégias de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. **Serviço Social & Sociedade**. n. 91. São Paulo: Cortez, 2007.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade do serviço social**. - 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis**. Ano II, n. 3 (jan/jul. 2001). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 21ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

KHOURY, Y. A. Uma abordagem histórica. In: MARTINELLI, M. L.; ON, M. L. R.; MUCHAIL, S. T. (Orgs.). **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. 2ª. ed. São Paulo: Cortez/EDUC, 1998.

KINKER, F. Atenção psicossocial e cuidado. In: FRANCO, T. B.; ZURBA, M. C. (Orgs.). **Curso de atualização em álcool e outras drogas, da coerção à coesão**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde. - Departamento de Saúde Pública/UFSC, Unidade 01, Módulo 03, 88 p., 2014.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. (Saúde Loucura, 10).

LANCETTI, A.; ZEIDEN, A. **O movimento da luta antimanicomial e o retorno das multidões**. 2016. Disponível em: <https://laboratoriodesensibilidades.wordpress.com/2016/01/09/o-movimento-da-luta-antimanicomial-e-o-retorno-das-multidoes/>. Acesso em: out. 2018.

LARA, R. Pesquisa e Serviço Social: da concepção burguesa de Ciências Sociais à perspectiva ontológica. **Revista Katálaxis**. Florianópolis, número especial, v. 10, 2007. (p.73-82). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141449802007000300008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: set. 2017.

LIMA, C. A. de. **O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a reinvenção do lugar do cuidado na saúde mental**: contribuições e perspectivas para o Serviço Social. 2015. 136f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/17767>. Acesso em: out. 2016.

LIMA, Rita de Lourdes. Formação profissional em Serviço Social e gênero: algumas considerações. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n.117, p.45-68, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n117/04.pdf>. Acesso em: jun de 2017.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. Introdução de Paulo Singer; tradução de Carlos Eduardo Silveira Matos, Regis de Castro Andrade e Dinah de Abreu Azevedo – São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARQUES, A. J. de S. Reabilitação Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica. *In*: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. (Saúde Loucura, 10).

MARSIGLIA, R. M.G. Orientações Básicas para a pesquisa. *In*: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

MARTINELLI, M. L. Uma abordagem socioeducativa. *In*: MARTINELLI, M. L.; ON, M. L. R.; MUCHAIL, S. T. (Orgs.). **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. 2ª. ed. São Paulo, Cortez, EDUC, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ª ed. Petrópolis: Vozes. 2002.

MONTAÑO, C. **A natureza do serviço social**. São Paulo: Cortez, 2009.

MOTA, A. E. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. *In*: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

MUCHAIL, S. T. De práticas sociais à prática de saberes. *In*: MARTINELLI, M. L.; ON, M. L. R.; MUCHAIL, S. T. (Orgs.). **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. 2ª. ed., São Paulo, Cortez, EDUC, 1998.

NETTO, J.P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NETTO, J.P. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Revista Temporalis**, ABEPSS: Brasília-DF, v. 03, 2001.

NETTO, J.P. 1947. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011. 64p.

ON, Maria L. R. O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. *In*: MARTINELLI, M. L.; ON, M. L. R.; MUCHAIL, S. T. (Orgs.). **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. 2º ed., São Paulo, Cortez, EDUC, 1998.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, n.1, v.21, , jan/mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: jun. 2018.

PASSOS, R. G.; MOREIRA, T.W.F. Reforma Psiquiátrica Brasileira, Luta Antimanicomial e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: um Debate Necessário. *In*: BARCELLOS, Warllon de Souza. **O exercício profissional do serviço social nas políticas de saúde mental**

e drogas/Warllon de Souza Barcellos; Miriam Thais Guterres Dias; Andréa Valente Heidrich – Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

PITTA, A. M. F.. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje?. *In*: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. (Saúde Loucura, 10).

PONTES, R. N. **Mediação**: categoria fundamental para o trabalho do assistente social. Capacitação em Serviço Social e Política Social, mod. 4, UnB-CEAD, 1999.

RAICHELIS, R. Democratizar a gestão de Políticas Sociais – um desafio a ser enfrentado pela Sociedade Civil. *In*: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

REIS, A. C. & OLIVEIRA, C. M. de. **Curso de micropolítica da gestão e trabalho em saúde**/ Avaliação em Saúde. *In*: ABRAHÃO, A. L, et al. (Orgs.). Niterói: UFF. CEAD, Módulo 04, p.15., 2014. 67p.

ROBAINA, C. M. V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n.102, p.139-151, abr./jun. 2010.

ROBAINA, C. M. V. Breves Considerações sobre a Política de Saúde Mental e a Contribuição do Serviço Social na Atualidade. *In*: BARCELLOS, Warllon de Souza. **O exercício profissional do serviço social nas políticas de saúde mental e drogas**/Warllon de Souza Barcellos; Miriam Thais Guterres Dias; Andréa Valente Heidrich – Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

SAMPAIO, J. J. C.; SANTOS, A. W. G. dos. A experiência dos Centros de Atenção de Psicossocial e o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. *In*: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. (Saúde Loucura, 10).

SANTOS, C. M. dos. **Na prática a teoria é outra? Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no serviço social**. 3ª edição. Rio de Janeiro. Ed. Lumen Juris, 2013.

SANTOS, E. L. dos S.; ARAÚJO, N. M. S. et al. Traços Históricos da saúde no Brasil e sua configuração na contemporaneidade. *In*: SANTOS, J. S. (Org.). **Políticas públicas brasileiras**: reflexões e práticas. São Cristóvão: Editora UFS, 2016.

SANTOS, T. R. F. R. **As relações de trabalho e de gênero na percepção dos profissionais que atuam no CAPS AD no município de Aracaju**. São Cristóvão, SE, 2017. 156 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, 2017. Disponível em: https://pergamum.bibliotecas.ufs.br/pergamum/biblioteca/index.php?resolution2=1024_1. Acesso em: jun. 2018.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *In*: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-8. (Saúde Loucura, 10).

SAWAIA, B. B. O uno e o múltiplo: representação e cotidiano. *In*: MARTINELLI, M. L.; ON, M. L. R.; MUCHAIL, S. T. (Orgs.). **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. 2ª. ed. São Paulo: Cortez, EDUC, 1998.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde, Governo do Estado. **Deliberação nº 05/2012**. Ratifica a Divisão das Regiões de Saúde e os Colegiados Interfederativos Regionais de Sergipe. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/06/resolucao-se.pdf>. Acesso em: out. 2017.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde, Governo de Sergipe. CAPS: **Unidades são de responsabilidade dos municípios**. Notícia de 07 de maio de 2014. Disponível em: <http://www.agencia.se.gov.br/noticias/saude/caps-unidades-sao-de-responsabilidade-dos-municipios>. Acesso em jan. 2018.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde, Governo de Sergipe. **Cedro inaugura CAPS e fortalece Rede de Atenção Psicossocial em Sergipe**. Notícia de 11 de outubro de 2017a. Disponível em: <http://saude.se.gov.br/index.php/2017/10/11/cedro-inaugura-caps-e-fortalece-rede-de-atencao-psicossocial-em-sergipe/>. Acesso em jan. 2018.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde, Governo de Sergipe. **Sergipe ganha primeiro CAPS AD III Regional**. Notícia de novembro de 2017b. Disponível em: <http://www.saude.se.gov.br/?p=15528>. Acesso em: out. 2018.

SEVERINO, A. J. O poder da verdade e a verdade do saber. *In*: MARTINELLI, M. L.; ON, M. L. R.; MUCHAIL, S. T. (Orgs.). **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. 2ª. ed. São Paulo: Cortez, EDUC, 1998.

SILVA FILHO, João F. Um outro modo de olhar. *In*: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. (Saúde Loucura, 10).

SILVA; MENDES. Serviço Social, Saúde e a Interdisciplinaridade: Algumas Questões para o Debate. *In*: SILVA, L. B.; RAMOS, A. **Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas, SP: Papel Social, 2016.

SPOSATI, A. Pesquisa e produção do conhecimento no campo do Serviço Social. **Revista Katálisis**. Florianópolis, n. especial, v. 10, p.15-25, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141449802007000300008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: set. 2017.

TEIXEIRA, J. B.; BRAZ, M. O projeto ético-político do Serviço Social. *In*: **Serviço social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. – Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

VALENTINI JR., W. A. H.; VICENTE, C. M. A Reabilitação Psicossocial em Campinas. *In*: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. (Saúde Loucura, 10).

VASCONCELOS, A. M. O trabalho do assistente social e o projeto hegemônico no debate profissional. *In*: **Capacitação em serviço social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais**. Mod. 4. Brasília, DF: Ed. UNB, 2000.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do serviço social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. – 8. ed. – São Paulo: Cortez, 2012.

VASCONCELOS, E. M.; ROSA, L. C. dos S. **Saúde mental e serviço social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência:** diálogo com o marxismo e o serviço social – Campinas: Papel Social, 2016.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis.** Tradução de Luiz Fernando Cardoso. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista SoCERJ**, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007. Disponível em: http://www.polo.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf. Acesso em: ago. 2017.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e Saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, n. 4., v.11., jul/ago, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a16.pdf>. Acesso em: jul. 2018.

YAZBEK, M. C. O Serviço Social como especialização do trabalho coletivo. *In*: CFESS/ABEPSS; CEAD/UNB (Orgs.). **Capacitação em serviço social e política social.** Módulo II. Reprodução social, trabalho e Serviço Social. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Brasília, DF, CEAD, p. 87-100, 1999.

YAZBEK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. **Revista Temporalis**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – Brasília, n.3, v.2, Jan./Jun.2001, p. 38-39, ABEPSS: Graflin, 2001.

ANEXOS

ANEXO I - MAPA DE REGIÕES DE SERGIPE COM CAPS HABILITADOS



Fonte: FUNESA (2018).

APÊNDICES

APENDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIENCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL-PROSS**

ROTEIRO DE ENTREVISTA**DADOS GERAIS:**

1. Ano de implantação do CAPS?
2. Quantitativo e composição do CAPS?
3. Quantos/as assistentes sociais no quadro de funcionários?
4. Tempo de formação? Local de formação?
5. Vínculo trabalhista dos/as assistentes sociais e ano de admissão?
6. Quanto tempo de trabalho no CAPS?

QUESTÕES:

1. Como você é conhecida/o no serviço CAPS, como as pessoas te referenciam profissionalmente?
2. Quais as atividades que desenvolve no CAPS?
3. O que você entende por interdisciplinaridade no CAPS?
4. Como é sua atuação interdisciplinar no CAPS?
5. Como você equaciona essas dimensões nas atividades de Núcleo e Campo no CAPS?
6. Qual (is) o(s) código (s) de procedimentos do Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA-C), você mais utiliza no CAPS?
7. Quais as dificuldades e desafios encontrados na sua atuação no CAPS?

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL-PROSS**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr.(a)

Este é um convite para você participar da pesquisa **A ATUAÇÃO DAS (OS) ASSISTENTES SOCIAIS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL TIPO I (CAPs) EM SERGIPE**, cuja temática envolve o trabalho dos assistentes sociais uma vez que tem como objetivo conhecer como este profissional concebe e exercita suas atividades, a interdisciplinaridade e suas dimensões de Campo e Núcleo, contribuindo para sistematização dessas experiências no estado.

O referente estudo está sendo executado pela mestranda **Diléa Lucas de Carvalho**, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a **Maria da Conceição Almeida Vasconcelos** oriundas da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. As informações serão colhidas através de perguntas abertas e fechadas através de entrevista.

Responderá este questionário de acordo com sua disponibilidade *in locus* de trabalho, ou outro local de preferência, de modo a facilitar a realização e sistematização da pesquisa. Garanto uma participação com respeito e consideração a sua dignidade humana, assegurando a você o direito de recusar-se responder a qualquer questão que lhe cause constrangimento de alguma natureza em qualquer momento da pesquisa.

É importante esclarecer que, esta pesquisa poderá proporcionar a atualização do perfil profissional, além de possibilitar a reflexão sobre a temática da atuação, da interdisciplinaridade e as perspectivas de Núcleo e Campo em Sergipe, sob a perspectiva dos assistentes sociais.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os sujeitos da pesquisa. Você ficará com uma cópia deste termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá

perguntar diretamente para a responsável pela pesquisa, a pesquisadora Diléa Lucas de Carvalho, no endereço eletrônico dilealc@hotmail.com e/ou contato: (79) 99820-9827.

Participante da pesquisa:

NOME:

ASSINATURA: _____

Pesquisador responsável: _____

DILÉA LUCAS DE CARVALHO